MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO DELTA DO PARNAÍBA – UFDPAR

CAMPUS MINISTRO REIS VELOSO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA-PPGPsi

Isabela Brito Lima

Cartografia Do Cuidado:

Leitos De Saúde Mental Em Hospital-Maternidade

Parnaíba-PI

2026

Isabela Brito Lima

Cartografia Do Cuidado:
Leitos De Saúde Mental Em Hospital-Maternidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

Parnaíba-PI

2026

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Delta do Parnaíba

L732c Lima, Isabela Brito

Cartografia do cuidado: leitos de saúde mental em hospital-maternidade [recurso eletrônico] / Isabela Brito Lima. – 2026.

160 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Delta do Parnaíba, 2026.

Orientação: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo.

1. Saúde mental. 2. Gênero. 3. Maternidade. I. Título.

CDD: 616.89

Isabela Brito Lima

Cartografia Do Cuidado: Leitos De Saúde Mental Em Hospital-Maternidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Delta do Parnaíba, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo.

Aprovada em: 30 de julho de 2026.

SerproID Serpro
Joao Paulo Sales Macedo
CPF: ***.737.643-**
01/09/2026
ICP Brasil

Prof. Dr. João Paulo Sales Macedo

Presidente (Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPar)

gov.br Documento assinado digitalmente
GUILHERME AUGUSTO SOUZA PRADO
Data: 04/09/2026 13:35:42-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Guilherme Augusto Souza Prado

Membro Interno (Universidade Federal do Delta do Parnaíba - UFDPar)

gov.br Documento assinado digitalmente
SAULO LUDERS FERNANDES
Data: 04/09/2026 12:35:56-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Saulo Luders Fernandes

Membro Externo (Universidade Federal de Alagoas - UFAL)

“Mostre-me um homem são e eu o curarei”

– Trecho da canção *“Carta para Amy”* de Black Alien (2019)

CARTA DE AGRADECIMENTO

Meu querer é agradecer aos vivos, aos seres de carne que caminham comigo nesse mundo feito de frutíferas ruínas. No entanto, meu desejo tem mesmo a ver com a morbidez que me cerca nos últimos 27 anos.

Então agradecerei aos mortos, aos meus mortos. Agradeço a tudo que morreu nesse caminho. Agradeço aos meus vazios e as minhas saudades, pois elas estavam comigo nessa criação dolorida.

Agradeço a Fábio e ao Vovô Calú. Os amo como cometas. Um amor devastador e inalcançável. Agradeço aos espíritos de luz, aos guias que me acompanham e me falam ao ouvido coisas lindas. Agradeço aos ventos que penteiam os pelos do meu corpo.

Agradeço meu contato com o sútil do universo que me possibilita encontrar os pequenos extraordinários. Aos meus tecidos rizomáticos que se entranham no ventre úmido da Terra. Foram essas habilidades com o sutil que me permitiram conectar com os seres extraordinários que encontrei em meu caminho de mulher, pesquisadora, trabalhadora da saúde.

Agradeço por poder partejar letras pelos meus dedos e por elas narrar mundos que ainda são invisíveis para muitos.

RESUMO

Introdução: Esta dissertação objetiva cartografar as experiências de produção de cuidado em leitos de saúde mental em hospital-maternidade, acompanhando os processos de cuidado no ciclo gravídico-puerperal, mapeando competências, especificidades e tecnologias mobilizadas diante do sofrimento psíquico agudo associado à maternidade, bem como analisando os encontros possíveis entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede Alyne. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na perspectiva teórico-metodológica da cartografia em ciências sociais enquanto pesquisa-intervenção, ancorada na Esquizoanálise e na Análise Institucional. A investigação foi desenvolvida em leitos de saúde mental vinculados à RAPS, localizados em um hospital-maternidade de alta complexidade, referência no estado do Piauí. Participaram da pesquisa usuárias dos leitos de saúde mental, acompanhantes e trabalhadores de saúde. A produção dos dados ocorreu por meio do mergulho da pesquisadora no cotidiano assistencial da enfermaria de saúde mental, composta por oito leitos de saúde mental em hospital geral. **Análise dos Resultados:** Os resultados evidenciaram que o cuidado produzido junto às mulheres em sofrimento psíquico durante o ciclo gravídico-puerperal ultrapassa os limites das práticas biomédicas e dos protocolos institucionais, sendo continuamente construído nos vínculos, encontros e relações estabelecidas entre usuárias e trabalhadores de saúde. Observou-se que a produção do cuidado é permanentemente tensionada entre diferentes racionalidades: obstétrica, psiquiátrica e produtivista em conjunto com as necessidades singulares das mulheres usuárias dos leitos. A pesquisa identificou a centralidade das tecnologias leves, especialmente da escuta, do encontro, do vínculo, da presença e da sensibilidade, como elementos fundamentais para a produção do cuidado em saúde mental. Contudo, tais práticas são atravessadas pela precarização do trabalho, fragmentação institucional e descontinuidades no cuidado entre os dispositivos da RAPS e da Rede Alyne.

Evidenciou-se ainda que o sofrimento psíquico das usuárias se relaciona às múltiplas violências estruturais, desigualdades de gênero, racismo, pobreza e violações de direitos. **Considerações finais:** Por fim, evidenciou-se a necessidade de fortalecimento das políticas públicas voltadas à articulação entre saúde mental, saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos, bem como pela ampliação da integração entre serviços e da produção de cuidado longitudinal, integral e comprometido com a singularidade das usuárias. A pesquisa reafirma a relevância dos leitos de saúde mental em hospital-maternidade enquanto dispositivos estratégicos para o cuidado ético e antimanicomial no âmbito do SUS.

Palavras-chave: Gênero; Saúde mental; maternidade.

ABSTRACT

Introduction: This dissertation aims to map the experiences involved in the production of care within mental health beds in a maternity hospital, by following care processes during the pregnancy–puerperal cycle, identifying the competencies, specificities, and technologies mobilized in situations of acute psychological distress associated with motherhood, as well as analyzing the possible intersections between the Psychosocial Care Network (Rede de Atenção Psicossocial – RAPS) and the Alyne Network (Rede Alyne). **Methodology:** This is a qualitative study grounded in the theoretical-methodological perspective of cartography in the social sciences as an intervention-research approach, based on Schizoanalysis and Institutional Analysis. The investigation was conducted in mental health beds linked to RAPS, located within a high-complexity maternity hospital that serves as a reference center in the state of Piauí, Brazil. Participants included women admitted to the mental health beds, their companions, and healthcare workers. Data production occurred through the researcher's immersion in the daily care practices of the mental health ward, composed of eight mental health beds in a general hospital setting. **Results Analysis:** The findings revealed that the care provided to women experiencing psychological distress during the pregnancy–puerperal cycle exceeds the limits of biomedical practices and institutional protocols, being continuously constructed through the bonds, encounters, and relationships established between service users and healthcare workers. It was observed that the production of care is permanently shaped by tensions among different rationalities — obstetric, psychiatric, and productivist — together with the singular needs of the women using the mental health beds. The study identified the centrality of soft technologies, especially listening, encounters, bonding, presence, and sensitivity, as fundamental elements in the production of mental healthcare. However, such practices are traversed by work precarization, institutional fragmentation, and discontinuities in care between RAPS services and the Alyne Network. The findings also demonstrated that

the psychological suffering experienced by the users is related to multiple forms of structural violence, gender inequalities, racism, poverty, and violations of rights. **Final Considerations:** Finally, the study highlighted the need to strengthen public policies aimed at articulating mental health, women's health, and sexual and reproductive rights, as well as expanding integration among services and promoting longitudinal, comprehensive, and user-centered care practices. The research reaffirms the relevance of mental health beds in maternity hospitals as strategic dispositifs for ethical and anti-asylum care practices within the Brazilian Unified Health System (SUS).

Keywords: Gender; Mental health; Motherhood.

Lista de Figuras

Figura 1- Convite para o Encontro Coletivo.....43

Figura 2- Scanner retirado de página do diário de campo datado de 08/08/2025.....73

Figura 3- Balcão onde foram organizados os materiais para realização do encontro coletivo.....129

Figura 4 - Parte do cartaz elaborado por uma das trabalhadoras de saúde dos leitos de saúde mental.....130

Figuras 5 e 6 - Registros das usuárias dos leitos de saúde mental produzindo seus cartazes.....130

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Quantitativo por estado de leitos tipo saúde mental e psiquiatria vinculados ao SUS em Hospital-Maternidade segundo CNES 2025 …….....65-66

Lista de Abreviações

SUS- Sistema Único de Saúde

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

MDER- Maternidade Dona Evangelina Rosa

NMDER- Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa

HG - Hospital Geral

MS- Ministério da Saúde

EBSERH- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

OS- Organização de Saúde

PP- Parceria Público-Privado

PTS- Projeto Terapêutico Singular

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: PENSAR A PARTIR DE SUELY REZENDE 15

2. MAPAS DE UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO.....29

2.1 Delineamento Metodológico.……29

2.2 O Campo de Pesquisa……30

2.3 Participantes da Pesquisa……..32

2.4 Ecossistema dos Leitos de Saúde Mental e Pluralidade dos Participantes da Pesquisa……35

2.5 Instrumentos de Investigação na Pesquisa-Intervenção……38

2.6 Os momentos do Pesquisar……...44

2.7 Aspectos Éticos…….47

3. COLONIALIDADE, PATRIARCADO E PSIQUIATRIA NO BRASIL: Fatores históricos e políticos que atravessam o cuidado diante de mulheres e maternidades com questões de saúde mental.....51

4. POLÍTICAS ATUAIS DE SAÚDE MENTAL, SAÚDE DA MULHER, SAÚDE MATERNO-INFANTIL E SUAS INTERSECÇÕES.....60

5. MAPEANDO O VIVIDO: UMA CARTOGRAFIA DO CUIDADO.....68

5.1 O oitavo andar: espacialidade e organização do cuidado……..72

5.2 O corredor como fronteira entre a vigilância e o cuidado…….73

5.3 A Prescrição da vida e Temporalidade no hospital-maternidade……..76

5.4 Cicatrizes: mulheres enlouquecidas……..79

5.5 Estilhaços: entre vínculos precarizados e o cuidado possível…….101

5.6 Tecnologias de saúde para o Cuidado Emancipador……...134

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 141

7. REFERÊNCIAS 145

8. APÊNDICE 160

“Porque essa terrível loucura que eu temia, que eu tinha certeza que seria o destino das mulheres ousadas que nasceram para a fala intensa (afinal de contas, às autoridades enfatizavam esse ponto diariamente), não era tão ameaçadora quanto o silêncio imposto, quanto a fala reprimida.”

– bell hooks, 2019, p.3

1. INTRODUÇÃO: PENSAR A PARTIR DE SUELY REZENDE

"Ouça-me bem, amor / Preste atenção, o mundo é um moinho / Vai triturar teus sonhos, tão mesquinho / Vai reduzir as ilusões a pó." Esses versos da canção "Moinho", composta e interpretada por Cartola (1976), acompanharam a escrita desta dissertação em inúmeros momentos.

A dureza das histórias das mulheres usuárias dos leitos de saúde mental e seus acompanhantes, bem como o trabalho extenuante dos trabalhadores de saúde que compõem o ecossistema aqui estudado, muitas vezes se revelaram à imagem desse moinho: um caminho voraz de trabalho e resistência em tempos difíceis.

O presente trabalho se inscreve em um movimento que é, ao mesmo tempo, individual e coletivo. Individual, enquanto expressão do eu, mulher, pesquisadora e psicóloga, e coletivo, por se constituir a partir de um campo de forças coletivas que atravessam e sustentam a escrita. Busco então situar os movimentos que se produzem entre o meu fazer enquanto pesquisadora e escritora e as múltiplas presenças que compõem e tensionam as ideias aqui apresentadas.

Cada parágrafo desta dissertação carrega marcas dos encontros, dos vínculos e das experiências compartilhadas ao longo do percurso. Assim, para dar visibilidade à sutileza dos encontros vividos, foi escolhido uma escrita que parte do uso da primeira pessoa, no singular (eu), e no plural (nós).

A gênese do desejo de entender as maternidades, o sofrimento psíquico e o trabalho em saúde surgiu ainda na minha graduação. Sem fechar os olhos ou sem precisar fazer esforço mental significativo, rememoro a cena que se deu como meu ponto de ruptura com a minha graduação em psicologia e posteriormente o caminho que me trouxe até essa produção. O

contexto da cena se dá no meu primeiro contato enquanto estudante de psicologia com uma mulher em surto psicótico.

De acordo com Resnik (1980) o surto ou crise psicótica se caracteriza como uma ruptura entre o interior do sujeito e o contato com a realidade, expondo a fragmentação e sofrimento profundos de maneira caótica e confusa. É uma situação profunda de crise, desorganizadora não somente para o sujeito que está imerso nela, mas para todos que estão ao redor, com veremos adiante.

A cena e meus afetos diante de tal encontro foram registradas em meu diário de campo do Estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde (Diário de Campo, 17 de dezembro de 2022), o último estágio obrigatório da minha graduação. Resgato a cena inscrita em minha memória e no meu diário de campo com o intuito de elucidar em que ponto surge o meu desejo por compreender as intersecções entre mulheres, saúde mental e maternidades.

O ano é 2022, especificamente na data de 17 de dezembro. Ainda é difícil nos considerarmos em um mundo pós-pandêmico por dois fatores: em primeiro lugar, as 200 mil mortes antes da primeira vacina chegar aos postos de vacinação, que ocorreu em janeiro de 2021; em segundo lugar, o exaustivo combate à desinformação em saúde financiadas por um governo de extrema direita, negacionista e genocida[1]. No ano seguinte ao registro que será apresentado, 2023, poucos meses após o fim do estágio, o Brasil contabilizou 700 mil mortes pela COVID-19[2].

---

[1] Dados retirados de matéria da Agência Brasil que, a partir de análise de documentos sobre a crise sanitária do COVID-19, comprovam a atuação do governo de Jair Messias Bolsonaro e de instituições públicas e privadas que beneficiaram interesses econômicos e políticos em detrimento da vida de milhares de brasileiros. Disponível em:https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2025-03/covid-5-anos-apos-1a-morte-no-pais-documentos-expoem-negacionismo.

[2] Os dados e informações sobre casos e óbitos da COVID-19 são encontrados no painel do Ministério da Saúde. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.

Portanto, a conjuntura política e sanitária a que servem como plano de fundo das memórias impressas no diário de campo em dezembro de 2022 é assustadora. Os trabalhadores de saúde aqui registrados estavam exaustos e em estado de extrema tensão, além de precarizados pelos retrocessos trabalhistas. Já os usuários do serviço estavam enfrentando a dura realidade do empobrecimento populacional, a volta da realidade da fome e da fragilização das estruturas públicas no apoio e proteção.

O estágio Supervisionado em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual do Piauí-UESPI se dava em um hospital escola, a Maternidade Dona Evangelina Rosa- MDER, pertencente ao SUS, referência em alto risco no Piauí. Em 2022 a MDER funcionava ainda no "*prédio antigo"*, para ser mais específica, um hospital de campanha inicialmente pensado como provisório, que foi trazido em módulos da Inglaterra (Franco *et al.*, 2019).

Em 2022, a maternidade completou 46 anos de funcionamento, ainda naqueles módulos trazidos através do Atlântico até o Piauí, uma estrutura precarizada que denunciava a partir de sua arquitetura o sucateamento do SUS (Franco *et al*, 2019).

Ao meu lado estava a minha professora da graduação e psicóloga plantonista da maternidade, Valéria Raquel Alcântara. Nós nos encontramos na porta de entrada de uma das duas enfermarias de saúde mental da ala E. A maternidade (nas acomodações da época) era definida por alas que, por sua vez, eram caracterizadas pelo tipo comum de demandas que acolhiam.

Na ala E estavam localizados os 08 (oito) leitos vinculados à Rede de Atenção Psicossocial-RAPS, destinados a receber demandas de mulheres grávidas ou puérperas que trazem em sua história questões de saúde mental agudizadas e/ou com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Diante de um dos leitos, dois trabalhadores de saúde tentavam segurar pelos braços uma mulher alta, de 19 anos, pele negra, cabelos longos, lisos e emaranhados. Ela estava vestida em dois vestidos e apresentava uma agitação motora que beirava o absurdo: contorcia os membros, chutava, pulava, mordia, empurrava e puxava tudo ao seu alcance, como um vórtice que suga com sua força caótica tudo para dentro e longe de si ao mesmo tempo.

A usuária do leito de saúde mental gritava palavrões, crenças mítico-religiosas, profetizava castigos direcionados a todos que compunham a cena. Chorava, silenciava e depois retornava aos gritos, sem nunca parar de se contorcer. Durante as semanas do estágio eu já havia acompanhado a psicóloga plantonista em atendimentos e discussões de caso com a equipe de enfermagem sobre aquela mulher.

Antes daquela cena de crise profunda, a mulher se apresentava confusa em seus pensamentos e suas percepções sobre o que se passava ao seu redor. Sua orientação quanto a si e ao mundo flutuava e se embaralhava com outras inúmeras informações que sua memória resgatava. No entanto, a mulher se vinculava com a equipe, conversava, passeava pelos corredores, abraçava, rezava, sorria e brincava.

O termo utilizado para se referir ao caso era *"Psicose Puerperal"*, indicando que os sintomas psicóticos iniciaram no pós-parto. Baseado na quinta edição do Manual Diagnóstico dos Transtornos Mentais atualizado, o termo se refere ao Transtorno Psicótico Breve com início no Pós-Parto, 298.8 (F23) (American Psychiatric Association, 2023).

A psicose puerperal mundialmente ainda possui vagos dados científicos que ajudem a balizar práticas em saúde diante de tal especificidade, no entanto é identificada dentro do rol de fatores de risco no ciclo da gravidez, parto e puerpério, tanto para a mulher como para a criança que nasce e está fortemente relacionada a histórico de adoecimento mental anterior à gestação (Ribeiro et al, 2021).

A mulher cuja história abre essa dissertação será nomeada aqui de Suely, em referência a Suely Rezende, a qual apresentarei em breve. Nossa Suely piauiense em sua história carregava muita dor.

Moradora da zona rural do estado, foi abandonada pela mãe e criada pela avó materna e pela madrinha. Aos 17 anos, Suely sobreviveu a violência sexual perpetrada por um vizinho. O episódio traumático a lançou em um estado depressivo ao longo do restante de sua adolescência. Não terminou os estudos e se isolou na casa da avó. Encontrou algum conforto junto à avó e nas reuniões de um templo religioso que havia em seu território.

Aos 19 anos, Suely foi seduzida e iludida por um homem mais velho e, então, engravidou. Em sua percepção eram namorados, no entanto, o seu estado emocional fragilizado e o lugar de poder desse homem em relação a ela apontam para uma relação desproporcional de poder e de violência. O estado depressivo retornou com mais intensidade na gravidez. Após saber da gravidez, o genitor *"sumiu no mundo"*, abandonando Suely.

A partir do parto, Suely rompe em parte com a realidade. Os discursos religiosos de pragas, castigos que havia apreendido com veemência em sua religião retornam como o centro do seu discurso. Em um episódio de crise Suely soltou seu bebê na banheira de água. Desde então, o estado de desorganização psíquica e sofrimento emocional agudizaram. O bebê foi enviado para a Unidade de Cuidados Intensivos- UCINCO dentro da MDER.

O setor de assistência social da maternidade acionou o conselho tutelar e discutiram com o psiquiatra e a equipe de psicologia sobre a questão do direito à maternidade e a segurança da criança. A madrinha de Suely a acompanhava nesse processo de travessia; de um lado da margem, uma subjetividade lutando para sobreviver, para se expressar; de outro, a realidade embaralhada e confusa que Suely alcançava, se distanciando cada vez mais de si e dos vínculos que havia desenvolvido até então.

Quando encarei Suely em crise precisei segurar o choro com força, na soleira da porta da enfermaria, incapaz de me aproximar. Os trabalhadores de saúde conseguiram em algum momento injetar um coquetel sedativo na região dos glúteos de Suely. Ela me olhou nos olhos, debruçada sobre o leito, respirando com força. À medida que sua respiração se acalmava e suas pálpebras pesavam, a psicóloga se aproximou dela e junto com os outros trabalhadores, deitaram Suely no leito e cobriram suas pernas com o lençol que a madrinha havia trazido consigo.

A psicóloga manteve contato verbal com ela, enquanto os medicamentos que visam a contenção química fazem efeito, dizendo: "*eu sinto muito que você tenha sentido tudo isso. Nós vamos cuidar de você, Suely. Você está segura, não está sozinha. Vou ficar aqui com você até você dormir".*

Devir é um conceito utilizado para informar uma forma minoritária de subjetividade, para nomear o que até então não se nomeia pelas maiorias e não é reconhecido. Na cena a qual descrevi, presenciei no território do estágio e no meu território enquanto psicóloga, o devir mulher-louca-mãe. Eu não tinha diante daquela mulher nenhuma técnica, ferramenta ou preparo para cuidar de Suely. Também não sabia nomear como cuidado as ações operadas pelos trabalhadores de saúde, apesar de já estar no último período de uma graduação de psicologia.

Foi diante dessa ausência de técnicas, teoria e tato que me voltei ao estudo das mulheres, das maternidades e do sofrimento psíquico, campo do qual nunca mais me afastei. Para ampliar a tensão entre a experiência descrita e a questão do cuidado em saúde dirigido a mulheres em sofrimento psíquico, introduzi outra história, situada em tempos ainda mais sombrios que o ano de 2022 e que reforça o pensamento e o desejo que sustentam esta pesquisa.

A preocupação quanto ao cuidado em saúde mental de pessoas em sofrimento psíquico toma contorno visível no Brasil na década de 1980. Nesse ponto histórico a luta pela

redemocratização do Brasil se encontra com a luta pela construção de um sistema público de saúde enquanto direito civil e dever do Estado (Amarante, 2007)

Concomitantemente a tal cenário de esperança e luta social, um movimento denominado Reforma Psiquiátrica denunciava o modelo manicomial e psiquiátrico hegemônico como ineficaz e como espaço de violação de direitos ganhava espaço e força na luta por um novo amanhã (Amarante, Pitta e Oliveira, 2013).

Em paralelo, especificamente no ano de 1984, um ano antes de o Brasil sair do regime ditatorial cívico-militar, se encontrava em pleno funcionamento o maior hospício do Brasil, o Hospital Colônia, localizado no estado de Minas Gerais, na cidade de Barbacena, instituição mantida pelo Estado e pela Medicina Psiquiátrica na qual foram dizimadas mais de 60 mil vidas (Arbex, 2019).

Dentre as 60 mil pessoas assassinadas por um sistema brutal, a autora e pesquisadora Daniela Arbex, em seu trabalho de resgate das histórias que se passaram nos muros do Colônia, nos conta sobre duas mulheres, Suely e Débora. A história de vida de Suely Rezende e Débora Rezende nos situam novamente na exata zona de intersecção entre a loucura, a maternidade, o corpo da mulher, dispositivos de saúde mental e como estes se enlaçam e desenlaçam na teia manicomial.

Segundo o trabalho de Arbex (2019), Suely Rezende, mulher interna do Hospital Psiquiátrico Colônia, engravidou e pariu dentro de seus muros. Suely colaborou com a equipe do manicômio para que tudo transcorresse bem em seu parto. Suely era figura conhecida no Colônia, os relatos contam que ela se rebelou frente à disciplina manicomial e ia contra toda e qualquer expectativa sobre o ser mulher, como ser dócil, cândida, pura e submissa.

De cócoras, a mulher encarcerada há mais de 30 anos naquela instituição, lugar no qual teve sua condição humana tomada de si, deu à luz a sua primeira e única filha, Débora

Aparecida Rezende. A recém-nascida teve dificuldades com a pega da mama. Segundo os documentos recuperados por Arbex, Suely foi resiliente durante semanas para que a pequena menina em seus braços se agarrasse à vida e mamasse. Após dez dias, Suely teve sua filha tomada de seus braços pelo resto de sua vida.

O modelo manicomial ditou não apenas o destino de Suely, mas também o de sua filha, Débora, que sequer teve a chance de conhecer a mãe em vida. Ao longo dos anos, Suely Rezende permaneceu à procura da filha, embora lhe tenha sido negado o direito de exercer a maternidade. Restaram a ausência, a dor e a lembrança dos aniversários atravessados pela separação forçada.

Sua trajetória foi interrompida, ainda entre os muros do Hospital Colônia, quatro anos após a Lei nº 10.216 de 2001 entrar em vigor no Brasil, marco regulatório e normativo, resultante de 12 anos de luta no campo legislativo, nos movimentos sociais e nos trabalhadores de saúde mental do Brasil, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica. Suely morreu no Colônia, esse moinho que, como na canção de Cartola, triturou seus sonhos e devorou suas possibilidades de existir como humana, cidadã, mulher, sujeita, mãe.

As histórias de duas mulheres nomeadas Suely são introduzidas como cenário problematizador do modo como as mulheres, maternidades e existências que transbordam o discurso normatizador em saúde mental são social e institucionalmente tratadas, bem como da insuficiência das atuais políticas de saúde da mulher e saúde mental para responder a essas experiências.

O elemento individual, micro, nas histórias de duas mulheres nomeadas de Suely, em tempos diferentes, desafia a estrutura molar, o cenário total, macropolítico e estrutural do Brasil. A mulher que nomeei como Suely e que me apresentou o devir mulher-louca-mãe se passa dentro da Rede de Atenção Psicossocial, na qual Suely Rezende não pôde ser acolhida.

No entanto, apesar dos 38 anos que separam as histórias e dos avanços na conjuntura nacional do cuidado em saúde mental, ainda existem aproximações espantosas entre as duas mulheres.

Pensar Suely desafia o cenário de luta pelos direitos das pessoas com transtornos mentais e a reinvenção dos modelos de assistência, o que nos convoca a pensar saúde mental diante das especificidades de gênero.

As histórias das Suelys aqui apresentadas não são exceção ou nem um ponto fora da curva, pelo contrário. Dados do Ministério da Saúde (2022) apontam que aproximadamente 01 (uma) entre 04 (quatro) mulheres gestantes apresentam algum transtorno psiquiátrico durante a gravidez; esse fator está associado ao pior prognóstico obstétrico, menor adesão ao pré-natal e maior mortalidade perinatal.

O Manual de Gestação de Alto Risco lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2022, além de caracterizar o transtorno mental da mulher gestante como fator de alto risco, evidencia que 90% das mulheres brasileiras dependentes de álcool e/ou outras substâncias estão em idade fértil, entre 15 (quinze) e 40 (quarenta) anos. O Manual aponta para o aumento do número de mulheres no ciclo gravídico-puerperal com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras substâncias (Ministério da Saúde, 2022).

Em contrapartida aos dados nacionais, as políticas públicas vigentes de saúde mental, saúde materno-infantil e saúde da mulher ainda não se debruçaram sobre a experiência da maternidade frente às mulheres que têm sua vida atravessada pelo sofrimento psíquico agudo e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras substâncias.

Desse modo, os dados epidemiológicos e a ausência de políticas públicas em saúde têm como consequência um limbo operacional frente ao trabalho em saúde e a oferta do cuidado

para essa população. Tal realidade fere diretamente um dos princípios doutrinários[3] fundamentais do SUS, a equidade, que garante que os serviços sejam adequados de acordo com as necessidades e especificidades do grupo populacional atendido (Brasil, 1990)

Outra via reflexiva que se abre diante do exercício de pensar saúde mental e as especificidades de gênero, é a questão do conceito do cuidado. O cuidado é um conceito polissêmico que engana. Quando falamos em cuidar, existe uma falsa percepção de que sabemos do que estamos falando, de que práticas e símbolos formam o cuidar.

Todavia, como veremos durante todo o percurso desta pesquisa, cuidado é um conceito escorregadio, pouco definido nas políticas, protocolos e entre outros instrumentos normatizadores do cuidado no contexto da saúde.

A partir de diversas leituras, Barros (2021) busca definir o conceito de cuidado. Em sua empreitada, o autor nos apresenta primeiramente o conceito de cuidado a partir de duas perspectivas, o cuidado para o senso comum e o cuidado para o conhecimento científico. O cuidado a partir do senso comum é hegemonicamente entendido como cuidado operado pelas mulheres que se caracteriza como um trabalho doméstico não remunerado, por exemplo, o cuidado com os filhos, com os idosos, o cuidado com a limpeza e a alimentação.

Por sua vez, o cuidado a partir do conhecimento científico, é considerado o cuidado operado pelo poder médico-científico, um cuidado técnico, baseado em procedimentos, intervenções sobre o corpo, um cuidado especializado e remunerado (Barros, 2021). Com o poder médico-científico mantido pelo Estado, os cuidados são hierarquizados e qualificados.

Ao aplicar essa compreensão à trajetória de Suely Rezende, é possível observar que seus atos de parir, amamentar e exercer a maternidade foram cerceados por uma racionalidade

---

3 Segundo a lei orgânica 8.080 de 19 de setembro de 1990 que regulamenta o SUS, em seu Artigo 7º estabelece que são três os princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e Equidade.

médico-científica que invalidou os saberes tecidos na experiência subjetiva. Ao não a reconhecer como capaz de cuidar e de sobre o cuidado, essa racionalidade operou pela expropriação de seus direitos à maternidade. Nesse processo, o cuidado científico funcionou menos como prática de proteção e mais com dispositivo de controle, privando Suely de sua liberdade, de seus direitos.

O cuidado médico-científico operou no sentido de privar Suely de sua liberdade, de seus direitos, inclusive direito à maternidade, de sua subjetividade. Em face dessas problematizações, os dois conceitos de cuidado, do senso comum e do científico, nos parecem aprisionadores, extremados e pouco autênticos.

Barros (2021) então nos oferece o conceito de cuidado emancipador, uma terceira via entre os dois primeiros conceitos de cuidado que se refere a uma prática de cuidado construída no entre, no meio, no espectro.

O cuidado emancipador baseado, portanto, em dados científicos e nos saberes dos profissionais de saúde, também inclui nessa equação as subjetividades dos indivíduos, seus contextos e saberes. Nesse sentido, o cuidado emancipador, do qual tratamos quando nos referirmos ao cuidado nesta pesquisa, acontece em uma construção dialógica, que pode assumir diferentes formas e tempos, que não imputa entre os indivíduos o lugar de paciente, mas de agentes, sujeitos de ação e horizontalmente implicados no processo de desenvolvimento do cuidado em saúde (Barros, 2021).

Cabe então, a partir do desenvolvido até o momento, nos propomos as seguintes problematizações: Como as políticas em saúde mental e saúde da mulher nos permitem acessar as existências de mulheres que perpassam pelo ciclo gravídico-puerperal, período que compreende a gravidez, o parto e o puerpério, durante um processo de adoecimento psíquico agudo e/ou diante de necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras substâncias?

Quais as especificidades desse cuidado em saúde e o que escapa das atuais políticas? Quais as intersecções de gênero, raça, classe diante da loucura e da maternidade? Como desenvolver o cuidado em saúde de maneira emancipatória diante dessas realidades marginais?

O uso do termo *"realidade marginais"* diz sobre o espaço de pouca ou nenhuma visibilidade das mulheres que perpassam o ciclo gravídico-puerperal em situação de sofrimento psíquico agudo e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias nas políticas atuais de saúde mental, saúde materno-infantil e saúde da mulher, como veremos adiante.

A presente dissertação é guiada pelo desejo de cartografar as experiências de produção de cuidado em leitos de saúde mental em hospital-maternidade. Quantos aos objetivos específicos, são eles: a) acompanhar os processos de produção de cuidado diante do ciclo gravídico-puerperal nos leitos de saúde mental do hospital-maternidade; b) mapear as competências, especificidades e tecnologias de cuidado diante do sofrimento psíquico agudo e maternidade; c) analisar os encontros possíveis entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede Alyne[4].

O chão em que essa pesquisa é feita se dá no mesmo campo em que se passa a primeira história desse capítulo, nos leitos de saúde mental localizados na Maternidade Escola Dona Evangelina Rosa. No entanto, existem atualizações ao longo desses três anos que são pertinentes a caracterização do campo dessa pesquisa.

Além de mudança de endereço, agora funcionando em uma nova sede de 08 andares localizado em zona nobre da capital, a Nova Maternidade Evangelina Rosa- NMDER,

[4] A Rede Alyne é a Rede Temática de Atenção em Saúde que substitui e reestrutura a Rede Cegonha a partir da portaria GM/MS Nº 5.350 de 12 de setembro de 2024. A Rede Alyne estabelece as ações de saúde materno e infantil em todo território brasileiro e traz em seu bojo o enfoque étnico-racial e observância a promoção de equidade nas ações em saúde.

referenciada pelo Governo piauiense como uma das maiores maternidades do Brasil, é gerida desde 2023 por uma Organização Social de Saúde- OSS, em uma parceria público-privada. A privatização da gestão da MDER acompanha uma tendência nacional da mercantilização da saúde em detrimento da participação do setor público e da participação social (Morais, Albuquerque, Oliveira, Cazuzu, e Silva, 2018)

A respeito dos leitos de saúde mental, é observável que os leitos de saúde mental em hospital-maternidade são dispositivos de saúde especializados no cuidado das mulheres, dos seus direitos sexuais e reprodutivos, das maternidades, frente às demandas de saúde mental mais agudizadas e as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras substâncias.

Pesquisar a produção de cuidado em saúde nos leitos de saúde mental localizados no considerado maior hospital-maternidade do Brasil (Franco, 2023; Bezerra, 2023; Arrais, 2023) encontra pertinência na possibilidade de mapear e divulgar práticas e técnicas de produção de saúde, potencialidades construídas no cotidiano assistencial, além de trazer visibilidade às vivências de mulheres, das maternidades e de suas especificidades.

2. MAPAS DE UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO

2.1 Delineamento Metodológico

"Tecnologia não é apenas aplicação de ciência, não é simplesmente um modo de fazer, mas é também enquanto tal, uma decisão sobre quais coisas podem e devem ser feitas" (Franco e Hubner, 2019, p. 95).

A presente pesquisa toma emprestada a concepção de tecnologia de Franco e Hubner (2019) para compreender a metodologia de uma pesquisa, partindo de um ponto de vista implicado ético-politicamente.

Nesse sentido, este trabalho trata metodologicamente de tomadas de decisões pensadas eticamente dentro de um paradigma do fazer pesquisa enquanto transformação-intervenção, inserida nos dispositivos de saúde do SUS, no caso, nos leitos de saúde mental localizados em hospital-maternidade de alta complexidade referência no estado do Piauí.

Se constitui aqui um delineamento do tipo qualitativo para produção e análise dos dados, assumindo como perspectiva teórico-metodológica o método de pesquisa-intervenção da cartografia. O método cartográfico é concebido dentro da epistemologia da Esquizoanálise e Análise Institucional, tendo sido operacionalizado como modo de pesquisa nas ciências humanas por Deleuze e Guattari (2006).

A pesquisa cartográfica assume um caráter de pesquisa que objetiva acompanhar processos aos quais se pretende compreender. Nesse sentido, Kastrup (2019) afirma que a especificidade da cartografia se encontra em considerar a existência do território de pesquisa como um campo permeado por relações, afetos, forças e desejos. Portanto, um território de implicações micro e macropolíticas que se entrelaçam e formam os processos de produção de subjetividades, modos de vida e de (não) produção de cuidado.

Nessa trilha, cartografar vai além de buscar representações do *"objeto de pesquisa"*. Trata de um processo de conhecer e intervir, no qual se dissolve o ponto de vista da pesquisadora como mera observadora, e a transforma também em uma sujeita implicada no território de pesquisa.

Em uma cartografia, o que confere contorno, força e forma à análise, ao mapeamento e à intervenção é a transversalidade. Esse conceito diz respeito à compreensão dos dados produzidos e analisados não por meio de um sistema rígido de categorias, mas pela identificação de pontos de conexão entre os diferentes planos encontrados no campo. Trata-se, portanto, de analisar como se relacionam os planos dos afetos, das relações e do poder entre instituição, trabalhadores e usuários dos leitos, bem como de compreender de que modo o cuidado é produzido nesses encontros (Passos, Kastrup e Escóssia, 2015).

Portanto, para captar a transversalidade é necessário acompanhar os processos, modulando constantemente a atenção enquanto pesquisadora ao se inserir no campo e apreender as sutilezas do que se deseja conhecer. Nesse caminho metodológico, conhecer se dá por meio da intervenção e participação no campo.

Visando alcançar as sutilezas da produção de saúde mental, no tocante a uma cartografia produzida no contexto do SUS, essa pesquisa foi realizada no cotidiano assistencial dos leitos de saúde mental do hospital-maternidade, na qual a pesquisadora mapeou como operam as relações de produção do cuidado em saúde, baseadas nas perspectivas de cartografia em saúde de Franco e Merhy (2013).

Nesse sentido, a principal hipótese teórica e metodológica parte da compreensão de que o trabalho em saúde e o cuidado se produzem na relação entre os usuários, familiares, trabalhadores, território e no espaço de seus encontros, que, a depender da qualidade desses

vínculos e dos afetos que os constituem é possível haver um aumento ou redução da potência do cuidado (Franco e Merhy, 2013).

A cartógrafa irá buscar compreender não apenas o plano das formas, ou seja, as políticas públicas, as parametrizações, as regras e os protocolos, mas também um plano mais profundo e menos visível, que corresponde ao plano de forças, constituído pelos afetos, desejos, disputas e tensões apresentados na interação entre os sujeitos e o território.

A presente pesquisa propõe, portanto, desenhar a rede de forças e formas que compõem o ecossistema dos leitos de saúde mental em hospital-maternidade, com o objetivo de compreender a produção do cuidado em saúde mental em sua dimensão processual e coletiva.

2.2 O Campo de Pesquisa

A cartografia das experiências de produção de saúde em leitos de saúde mental em hospital-maternidade, objetivo central deste trabalho, aconteceu por meio do mergulho da pesquisadora no cotidiano assistencial do Hospital-Maternidade, especificamente na Enfermaria de saúde mental formada pelos 08 (oito) leitos de saúde mental em hospital geral (HG) vinculados a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A maternidade de alta complexidade vinculada ao SUS e Rede Alyne, a Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa-NMDER, é referência em alto risco no estado do Piauí, localizada em Teresina, capital do estado. A NMDER possui os únicos 08 (oito) leitos de saúde mental vinculados a RAPS em hospital-maternidade do estado, com enfermaria especializada em saúde mental formada por equipe multiprofissional.

Os leitos de saúde mental surgem como uma proposta de retaguarda dos serviços de saúde mental vinculados a RAPS, criada em 2011 pelo Decreto Nº 7.508/11 e que é amparada

por diversas portarias, entre elas a Portaria nº 3.088/GM/MS, de 2011, que instituiu a RAPS e a Portaria nº 148/GM/MS, de 2012, que regulamenta o Componente Hospitalar da RAPS.

A Portaria nº 148/2012, define as diretrizes para o funcionamento e habilitação dos leitos de saúde mental em HG, enquanto oferta hospitalar estratégica, considerando a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, preservação da vida, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas.

Os leitos de saúde mental em HG objetivam também ampliar o acesso ao tratamento hospitalar em hospitais gerais para pessoas em sofrimento psíquico, bem como para aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, garantindo assim um dos pilares organizativos do SUS, a Integralidade (Brasil, 1990).

No que se refere aos leitos de saúde mental localizados em hospital-maternidade, estes são direcionados para mulheres que perpassam pelo ciclo gravídico-puerperal que apresentam demandas de saúde mental, incluindo aquelas relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas, bem como transtornos mentais graves e persistentes.

A inserção no campo foi pensada inicialmente diante da experiência prévia da pesquisadora enquanto estagiária de psicologia em saúde, entre os anos de 2022 e 2023, na MDER, além do elo entre a pesquisadora e a psicóloga Dra. Valéria Raquel Alcântara Barbosa, psicóloga efetiva da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - SESAPI, atualmente integrante da equipe de psicologia da Nova Maternidade Dona Evangelina Rosa - NMDER, referência em pesquisas de maternidade e saúde mental no estado.

Quanto ao tempo de permanência no cotidiano dos leitos de saúde mental no hospital-maternidade, inicialmente a metodologia do projeto propunha 02 (dois) dias da semana em

escala de 05 (cinco) horas diárias durante 03 (três) meses, no entanto, as demandas de trabalho enquanto pesquisadora-trabalhadora tornaram o planejamento inicial inviável.

Diante desse entrave, foi decidida uma nova organização no planejamento do tempo em campo. O novo tempo decidido foi uma vez por semana, com 05 (cinco) horas diárias em um período de 03 (três) meses, durante o ano de 2025. Existiram semanas em que, diante da necessidade de participar de alguma atividade ou de encontrar algum participante de pesquisa, ocorreram mais de um dia de inserção no campo durante a semana.

Ao final, foram realizadas 75 horas de inserção no campo de pesquisa entre o mês de agosto e novembro de 2025.

2.3 Participantes da Pesquisa

Os participantes da pesquisa são constituídos pela equipe multiprofissional responsável pelos leitos de saúde mental; pelas usuárias dos leitos de saúde mental, formadas por mulheres grávidas ou puérperas em sofrimento psíquico agudo e/ou com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras substâncias; e por seus acompanhantes.

No que diz respeito à equipe multiprofissional dos leitos de saúde mental, esta é formada de acordo com a Portaria nº 148/2012, que define a equipe técnica multiprofissional mínima para o cuidado de 5 a 10 leitos: 2 (dois) técnicos ou auxiliares de enfermagem por turno; 2 (dois) profissionais de saúde mental de nível superior; e 1 (um) médico clínico responsável pelos leitos. Durante o processo de pesquisa, os profissionais que compõem a equipe serão denominados trabalhadores em saúde mental.

Os trabalhadores de saúde mental escolhidos para a etapa das entrevistas individuais foram definidos pelo vínculo estabelecido com a pesquisadora e pela disponibilidade, desejo e

consentimento em participar da pesquisa, por meio das entrevistas semiestruturadas e de um encontro coletivo.

Segundo a pesquisa de Barbosa *et al.* (2024) quanto ao perfil epidemiológico das mulheres usuárias dos leitos de saúde mental da MDER, a partir da análise documental dos registros de admissão hospitalar entre os anos de 2016 e 2023, foi identificado o seguinte perfil epidemiológico: idade entre 21 e 30 anos (45,2%); raça-cor parda (40,7%); solteiras (66,5%); tendo apenas 29% dessas mulheres os vínculos familiares preservados; 3,0% das usuárias se encontravam em situação de rua; as mulheres são provenientes de todo o estado do Piauí, sendo residentes em Teresina (53,5%) ou provenientes de outros municípios do Piauí (43%).

Ainda dentro do mesmo estudo, 60% das mulheres que passaram pelos leitos de saúde mental da maternidade possuem diagnóstico de transtorno mental e/ou estavam em sofrimento psíquico agudo, 30% das gestantes e puérperas mulheres estavam em uso prejudicial de substâncias psicoativas (Barbosa, *et al.* 2024).

Quanto aos acompanhantes e familiares, são sujeitos que mantêm vínculo com a usuária e participam do cotidiano e do território ao qual ela pertence. O acompanhamento familiar pode contribuir para a recuperação e para a continuidade do cuidado (Barbosa, 2023).

Portanto, os participantes da pesquisa podem ser divididos em três grupos, nos quais o primeiro é composto por trabalhadores de saúde dos leitos de saúde mental, o segundo pelas usuárias dos leitos de saúde mental e o terceiro grupo pelos acompanhantes das usuárias, podendo ter vínculo familiar ou afetivo com elas.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para os participantes convidados a integrar as entrevistas individuais e o encontro coletivo, de acordo com o grupo ao qual pertenciam:

2.3.1 Critério de inclusão e exclusão participantes trabalhadores de saúde

São os critérios definidos para inclusão de Participantes de Pesquisa Trabalhadores de Saúde:

a) Compor a equipe multiprofissional responsável pelos leitos de saúde mental do hospital-maternidade;
b) Ter no mínimo 01 (um) mês de experiência de trabalho nos leitos de saúde mental;
c) Trabalhadores com graduação completa em saúde.

São considerados Critérios de exclusão de participantes da pesquisa na categoria trabalhadores de saúde:

a) Estagiários ou voluntários que atuem nos leitos de saúde mental;
a) Trabalhadores que operem nos leitos de saúde mental, mas que não tenham formação em saúde certificada;
b) Trabalhadores em cargo de gestão do hospital-maternidade e que não atuem no cotidiano assistencial;

2.3.2 Critério de inclusão e exclusão participantes usuárias dos leitos de saúde mental

São considerados os critérios de inclusão de participantes da pesquisa da categoria usuárias dos leitos de saúde mental:

a) Mulheres no ciclo gravídico-puerperal internadas em leitos de saúde mental do hospital-maternidade;
b) Usuárias que tenham acompanhante, seja familiar ou pessoa com vínculo afetivo.

Por sua vez, são considerados critérios de exclusão de participantes da pesquisa da categoria usuárias dos leitos de saúde mental:

a) Usuárias crianças ou adolescentes, idade inferior a 18 anos completos;

b) Usuárias que não possuem capacidade cognitiva e emocional para consentir ou não com a participação na pesquisa (exemplo, usuárias em sedação química, usuárias em crise psicótica aguda sem qualquer contato com a realidade);

c) Usuárias sem acompanhante.

2.3.3 Critérios de inclusão e exclusão de participantes da pesquisa acompanhantes das usuárias dos leitos de saúde mental:

São considerados critérios de inclusão de participantes da pesquisa pertencentes a categoria acompanhantes das usuárias dos leitos de saúde mental:

a) Pessoas com vínculo familiar ou afetivo que acompanhem a usuária internada.

São aplicados como critérios de exclusão de participantes da pesquisa da categoria acompanhantes das usuárias dos leitos de saúde mental:

a) Acompanhantes menores de 18 anos;

b) Acompanhantes que não possuam vínculo afetivo e/ou familiar com a usuária (exemplo pessoas nomeadas pela justiça como acompanhantes das usuárias no período de internação);

c) Pessoas que não possuem capacidade física, cognitiva e emocional de consentir ou não com a participação da pesquisa.

2.4 Ecossistema dos Leitos de Saúde Mental e Pluralidade dos Participantes da Pesquisa

Definir como participantes da pesquisa todos os atores que formam a enfermaria de saúde mental justifica-se na busca de um pesquisar a partir das relações entre esses atores e o campo de estudo. Nesse sentido, é cartografar o cuidado em saúde mental diante da maternidade e dentro do hospital a partir das inter-relações que se estabelecem, formando todo o “ecossistema” dos leitos de saúde mental.

A cartografia do trabalho em saúde será orientada conceitualmente principalmente pelos estudos de Franco e Merhy (2013; 2009), que desenvolvem a partir do trabalho de cartógrafo a compreensão do processo de produção do cuidado dentro de diferentes pontos do SUS. A cartografia e os conceitos da esquizoanálise de Franco e Merhy possibilitam a pesquisa instrumentos-conceitos-posicionamentos sensíveis para captar a realidade de produção de saúde mental, adentrando na complexidade e multiplicidade do cuidado em saúde mental, na voz dos autores:

> Trazendo para a discussão da produção de cuidado podemos imaginar que os processos de trabalho trazem em si a singularidade dos territórios existenciais aos quais os trabalhadores se inscrevem, podendo, por exemplo, ser territórios existenciais que significam como valor o Acolhimento, Vínculo e um cuidado-cuidador, ou, por outro lado, pode ser o inverso. E é isto que vai definir se o cuidado que se produz é de um jeito ou de outro. O fato do território existencial habitar o sujeito, significa que onde ele estiver, seja, na atenção básica, no hospital, atenção especializada, domicílio etc. vai produzir o tipo de cuidado que se inscreve no seu universo como uma ética, modo de ser no mundo, a ser construída. Portanto, o que define o perfil do cuidado não é o lugar físico onde se realiza o cuidado, mas o território existencial no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político, e que anda com ele onde ele estiver operando seu processo de trabalho. (Franco e Merhy, 2013, p.160- 161)

Dessa forma, o campo e os participantes da pesquisa se confundem, se integram e interagem, até não se tornar mais campo e sim território existencial, como pontuam Kastrup e Passos (2013), o território como espaço do encontro comum, aqui o cuidado em saúde mental, onde não se pretende separar pesquisador e objeto, mas sim traçar um ponto de encontro coletivo para que se dê o fazer cartográfico.

O território que se pretende cartografar, os participantes e seus processos de construção, aqui é definido como o território das relações que se estabelecem no ecossistema dos leitos de saúde mental da maternidade para a produção de cuidado em saúde, ecossistema esse formado pelo espaço físico, insumos e procedimento, pelo trabalho técnico em saúde, pelas relações entre trabalhador-usuário-familiares/acompanhantes.

Após a caracterização dos participantes da pesquisa foi definida uma amostra mínima de 15 (quinze) participantes da pesquisa, somando os participantes da etapa das entrevistas individuais e a etapa do encontro coletivo. A amostra mínima pretendia abranger participantes dos três grupos aqui definidos: os trabalhadores de saúde dos leitos de saúde mental; às usuárias dos leitos de saúde mental e os acompanhantes das usuárias.

Número de participantes da pesquisa na primeira etapa de produção do dados, etapa entrevistas individuais:

- 02 acompanhantes;
- 04 usuárias dos leitos;
- 06 trabalhadores de saúde.

Número de participantes da pesquisa na segunda etapa da produção de dados, etapa encontro coletivo:

- 03 acompanhantes;
- 05 usuárias dos leitos;
- 05 trabalhadores de saúde.

Portanto, ao final da pesquisa, a amostra total foi composta por 25 participantes. Considerando as duas etapas de produção de dados: 12 na primeira etapa e 13 na segunda, número que superou a amostra mínima prevista no projeto de pesquisa. Não houve

participantes que integraram as duas etapas de coletas, não havendo assim sobreposição de participantes.

2. 5 Instrumentos de Investigação na Pesquisa-Intervenção

Os instrumentos de pesquisa utilizados para a produção dos dados dessa cartografia foram os seguintes: o diário de campo; entrevistas semiestruturadas, que tiveram os áudios gravados e foram posteriormente transcritos; e um momento de encontro coletivo.

No que toca ao primeiro instrumento, o diário de campo, ele se configura como espaço para escrita das experiências da pesquisadora, de registro do cotidiano assistencial e dos como dos afetos que emergem nesse percurso.

Na cartografia, o afeto, juntamente aos objetivos da pesquisa, funciona como modulador da atenção da pesquisadora em campo. A escrita sobre os afetos vivenciados com os participantes constitui uma ferramenta de implicação dos sujeitos que compõem o território, além de possibilitar o mapeamento dos aspectos mais sutis e delicados das relações estabelecidas e da maneira como elas influenciam a produção do cuidado em saúde mental.

Como nos explica Kastrup e Passos (2013), o diário de campo é uma ferramenta de registro das vozes, desejos e experiências dos participantes da pesquisa, buscando expressar na produção dos dados a produção subjetiva da realidade e dos afetados e relacionados.

A importância do diário de campo enquanto instrumento de pesquisa na pesquisa-intervenção se encontra também na possibilidade de refletir sobre as experiências narradas a posteriori, possibilitando novos sentidos, novos caminhos traçados a partir dos dados produzidos.

Kroef, Gavillon e Ramm (2020) descrevem que ao registrar as memórias do campo a pesquisa se abre para o processo transformador, tomando forma enquanto uma narrativa implicada, em movimento, refletida. Portanto, um mapa em movimento do campo dos

participantes, que representam das estruturas mais instituídas, como os regimentos, leis, aos mais flexíveis e sensíveis, como os afetos entre os participantes e a produção de suas relações, desafios e potencialidades.

No que se refere ao segundo instrumento, foram utilizadas as entrevistas semiestruturadas de caráter individual e coletivo. As entrevistas foram orientadas com roteiro prévio, composto por perguntas disparadoras, mas que preservam o espaço para o movimento do diálogo e do surgimento de novas questões.

Na cartografia, porém, esse instrumento exige um manejo específico, que Rossi (2021) nomeia de manejo cartográfico. Nessa perspectiva, a pesquisadora precisa se manter atenta não somente ao dito, nas palavras, mas na corporeidade do falar e do relatar as experiências, no conteúdo extralinguístico que atravessa o dizer.

O que for captado a partir do corpo da pesquisadora, de sua atenção, será realizado junto ao diário de campo e estará enlaçado no momento posterior de análise dos dados, nas palavras de Rossi (2021, p. 27) "A escuta, o olhar e as falas do entrevistador devem estar atentos aos múltiplos fatores presentes na experiência do dizer".

Diante da diversidade das pessoas que compõem os participantes da pesquisa, foi realizado um roteiro de entrevista semiestruturada pensando nas especificidades e trilhas que se deseja seguir com cada participante e seu local de existência.

As entrevistas individuais ocorreram no hospital-maternidade, exigindo um roteiro de perguntas que se encaixe nas especificidades do campo e dos participantes. Diante disso, foram pensados 03 roteiros: 01 roteiro direcionadas às usuárias dos leitos de saúde mental (Apêndice 1); 01 roteiro direcionado aos trabalhadores de saúde integrantes da equipe multiprofissional dos leitos de saúde mental (Apêndice 2); 01 roteiro para os acompanhantes das usuárias dos leitos (Apêndice 3).

Os roteiros foram criados no intuito de favorecer um espaço de expressão das vivências em torno da maternidade e da loucura e o cuidado em saúde mental diante dessas realidades. Nesse contexto, a entrevista de manejo cartográfico constitui um instrumento de conexão e contato capaz de abrir um novo espaço de produção de dados.

As perguntas foram construídas como elementos disparadores de reflexão e implicação dos participantes, lhes concebendo a liberdade da expressão de suas vivências e sentidos.

As entrevistas foram antecedidas por aplicação de questionário socioeconômico (Apêndice 4), visando compreender o local que cada participante da etapa das entrevistas ocupa enquanto território, escolaridade, idade, raça, sexualidade, gênero e renda.

As entrevistas semiestruturadas de manejo cartográfico individuais foram gravadas por meio de aplicativo de gravação de áudio no smartphone da própria pesquisadora e posteriormente transcritas.

Quanto ao encontro coletivo, este sofreu alterações significativas em sua execução, tendo em vista as transformações da visão da pesquisadora no caminhar junto ao campo e os participantes da pesquisa.

Inicialmente, o encontro coletivo foi planejado conforme a proposta apresentada no Apêndice 5. Previa-se sua realização em um espaço da maternidade, como a biblioteca ou o auditório, com a presença de trabalhadores de saúde, usuárias dos leitos e familiares. A proposta consistia em criar um espaço comum de encontro, utilizando como disparadores as reflexões e perguntas apresentadas no Apêndice 5, além da exibição do videoclipe da canção “Triste, louca ou má”, da banda Francisco El Hombre (2016).

No entanto, a configuração dos meios de trabalho implementados na NMDER, como rotinas extenuantes, com sobrecarga de trabalho, impediu a disponibilidade dos trabalhadores

de saúde em se locomover até um espaço externo à ala sul do oitavo andar e participarem da atividade.

O espaço do oitavo andar da NMDER, onde estão localizados também os leitos de saúde mental, não possui cadeiras ou poltronas no hall e nos corredores, isso faz com que haja grandes espaços vazios e com pouca circulação de pessoas. Essa ausência de pontos de convivência pode ser compreendida em um sentido de higiene e proteção biológica, ou nos termos do discurso hospitalocêntrico, pela primazia conferida ao controle de infecções.

No entanto, a falta de espaços de convivência também funciona como um elemento que cria distanciamento, dificultando os encontros entre as pessoas e contribuindo para o isolamento das usuárias dos leitos de saúde mental e seus acompanhantes no espaço das enfermarias.

A biblioteca e o auditório da NMDER, espaços pensados no planejamento inicial, estão localizados no terceiro andar do prédio. Tal distância física de espaços propícios para o encontro se inclui também como um desafio no que toca ao deslocamento das usuárias dos leitos de saúde mental. Fazer as usuárias dos leitos ocuparem outros espaços foi evidenciado como um ponto sensível aos ânimos dos trabalhadores de saúde.

Diante da possibilidade das usuárias saírem das enfermarias, os trabalhadores reagiram com medo e raiva, bem como se desresponsabilizaram pelo cuidado, colocando somente a pesquisadora como responsável pela integridade física e emocional daquelas mulheres caso o deslocamento acontecesse. Tais elementos serão discutidos com maior profundidade na etapa de análise e discussão dos resultados. No entanto, as reflexões são inseridas na metodologia como forma de compreender a complexidade das intervenções na pesquisa cartográfica.

Diante de tantos desafios, o planejamento foi transformado de maneira coletiva a partir de sugestões dos trabalhadores de saúde, das usuárias dos leitos e de seus familiares. Durante

dois dias, enquanto pesquisadora busquei apresentar o modelo inicial e ouvir as ideias e sugestões de cada participante.

As usuárias dos leitos e seus acompanhantes eram os mais animados em sugerir e propor. No entanto, os trabalhadores de saúde tinham grande dificuldade de conceber a possibilidade de uma atividade que fugisse do script do hospital. Assim a pesquisa se moldou a respeitar os limites e tensões dispostas no território, mas ainda assim desafiou os sujeitos a novos modelos de cuidado.

O novo planejamento se deu no corredor entre as enfermarias de saúde mental e o posto de enfermagem. Com cadeiras de plástico e um balcão móvel transformamos juntos o corredor estéril em um espaço de convivência por uma manhã inteira. O momento de encontro coletivo foi transformado em uma oficina de produção de cartazes com a temática de saúde mental, mulheres e maternidades.

Pensando na pouca disponibilidade de tempo dos trabalhadores de saúde, eles ficaram livres para participar pelo tempo que dispunham. A oficina contou com materiais de pintura, corte e colagem. À medida que os participantes iam criando seus cartazes dentro da temática, a pesquisadora ia puxando discussões e reflexões sobre os temas, ao passo que outros sujeitos se aproximavam e participavam das discussões.

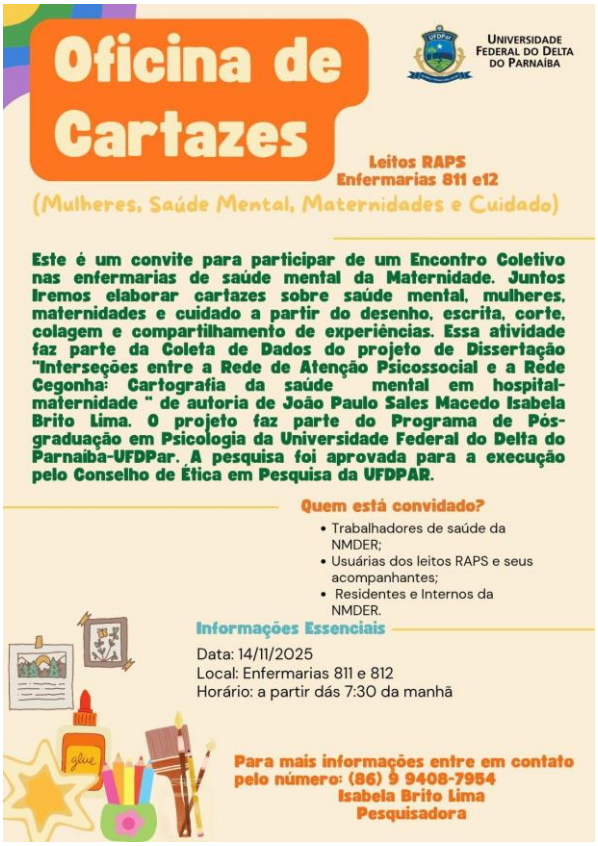
As mulheres usuárias dos leitos de saúde mental falavam livremente sobre suas vivências enquanto mulheres com questões de saúde mental. Acompanhantes de pacientes de outras enfermarias escutavam atentos a uma realidade que antes parecia não existir. Os trabalhadores de saúde tomaram uma atitude distante, mas curiosa.

Em pé e de braços cruzados, olhavam para as produções, davam sugestões sobre os cartazes e escutavam um pouquinho daquelas mulheres. Cada um com seu movimento, o

espaço durou das 7h00 às 12h00 e foi encerrado em razão da proximidade do horário das refeições.

Figura 1

Convite para o Encontro Coletivo



Quanto a análise dos dados produzidos a partir dos instrumentos apresentados, essa se deu pela confluência[5] dos afetos, falas e vivências registradas no diário de campo e a bibliografia aqui trazida. A análise na cartografia busca a transversalidade, já citada aqui,

5 Confluência é um conceito criado por Antônio Bispo dos Santos (2023), inspirado no movimento de encontrar-se dos rios, na qual se misturam e se fortalecem. Portanto, a confluência aplicada às ciências sociais é um conceito que diz sobre o encontro de saberes para fortalecimento mútuo, reconhecimento e respeito, em vez da mera diferenciação e apagamento.

caracterizada por compreender e mapear como que cuidado vem sendo produzido, os processos de trabalho e as vivências dos leitos de saúde mental.

A etapa de análise da cartografia não buscou quantificar ou indicar a frequência de fenômenos, mas sim mapear a partir de palavras os fluxos, os movimentos do que se pretende compreender.

2.6. Os momentos do Pesquisar

Os procedimentos de pesquisa a partir da inserção no campo foram organizados por momentos, que representaram as etapas da pesquisa dentro de cada tempo das experiências subjetivas que se apresentaram no campo.

Escolhemos o termo momento, pois se refere a um breve tempo dentro do espaço do cotidiano assistencial do cuidado em saúde. Breve, pois entendemos que a pesquisa capta não toda a grandeza construída pelos sujeitos que pertencem ou pertenceram ao campo ao longo dos 08 (oito) anos desde a inauguração da enfermaria de saúde mental, mas sim, captar os processos que se permitem mostrar e se pode acessar durante a permanência da pesquisadora e as escolhas metodológicas feitas aqui.

Portanto, foram estabelecidos momentos, tempos e espaços abertos pela potência reflexiva do investigar na pesquisa científica e da vinculação com o campo e os sujeitos que os compõem.

2.6.1 O Momento de Mergulhar

O primeiro momento se constituiu como um movimento da pesquisadora de se inserir no campo. Caracterizado primeiramente por uma atenção de rastreio, o mergulho foi definido por Passos, Kastrup & Escóssia (2015) como um modo atencional de olhar para o todo, sem compromisso com um foco em um primeiro momento.

Nesse sentido, mergulhar é captar os processos mais superficiais e, na medida que se dá a abertura do campo à pesquisa, aprofundar em todos os espectros que formam os leitos de saúde mental do hospital-maternidade, sejam eles técnicos, afetivos, sociais e relacionais.

Em um primeiro momento, foi pretendido estabelecer as compreensões iniciais sobre o funcionamento do serviço, da dinâmica assistencial, das atividades de cuidado que compõem a rotina, o que permitiu desenhar os relevos da produção de cuidado nos leitos de saúde mental. O plano de formas é o primeiro a ser visualizado, principalmente na demarcação do tempo.

O mergulho foi também o momento de estabelecer os primeiros vínculos entre os participantes de pesquisa e entender como cada um se movimentava naquele território em prol (ou não) da produção de cuidado.

Foi percebido que o momento do mergulho é contínuo na cartografia, como um momento que se volta para se organizar, para se reencontrar no campo. Aprofundar, entrar, atravessar, retomar, voltar à superfície, tomar ar, mergulhar. O mergulho foi marcado principalmente pela observação ativa e acompanhamento dos movimentos que eram percebidos.

Enquanto pesquisadora, me vi muitas vezes em silêncio por horas, vez ou outra que fazia alguma pergunta, mas principalmente percebia, por meio da visão, do tato, do cheiro e do gosto, todo aquele ecossistema complexo de produção de saúde. Tentava encontrar o sentido no circular dos trabalhadores de saúde, na vivência das mulheres e seus acompanhantes. E, principalmente, busquei do começo ao fim, o ponto de encontro, um ponto comum onde todos se atravessavam.

2.6.2 O Momento de Enraizar

Neste momento houve o encontro de pontos de afetos e mobilização que tornaram possível o enraizar no campo, constituído pelo enfoque da atenção em um ponto de encontro

entre território e os participantes que permitiram visualizar de maneira mais aprofundada o funcionamento da produção do cuidado nos leitos de saúde mental.

Ao habitar o campo, a pesquisadora irá se deixar atravessar pelos afetos para perceber qual o melhor momento para iniciar as etapas das entrevistas individuais com cada participante. O momento correto será orientado pela vinculação entre pesquisadora-campo-sujeito. Isso possibilita uma produção que não seja focada no extrativismo de dados, mas sim direcionada para a produção dos dados, na produção da subjetividade, das identidades, no que escapa ao primeiro momento do mergulho (Passos, Kastrup e Escóssia, 2015).

Esta etapa da pesquisa se constitui na busca dos contornos mais precisos e sutis da produção de saúde mental. Por isso, enraizar, aprofundar campo adentro guiada pelos objetivos.

Para alcançar a profundidade pretendida, foram utilizadas inicialmente como instrumento as entrevistas semiestruturadas individuais. As entrevistas foram realizadas individualmente, de acordo com a disponibilidade dos participantes e ocorreram dentro das dependências do Hospital-maternidade. Todos os participantes da pesquisa foram assegurados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lido individualmente e explicado no momento da entrevista.

No caso das usuárias de leitos de saúde mental, estas foram entrevistadas quando apresentavam condições emocionais, físicas e subjetivas de consentirem com a participação. Tal ato de cuidado ético se dá diante de casos na qual a participante da pesquisa que é usuária dos leitos de saúde mental, não estivesse em condições de consentirem ou mesmo participar das entrevistas, por diversos motivos, tendo em vista o contexto de agravamento e crise em saúde mental, além das questões envolvendo a saúde física.

2.6.3 O Momento de Encontrar

O terceiro momento da pesquisa foi composto por um espaço coletivo de caráter aberto, entre acompanhantes das usuárias dos leitos de saúde mental, trabalhadores de saúde e as usuárias. Esse terceiro momento objetivou colher dados produzidos a partir do encontro entre todos os participantes da pesquisa e realizar um fechamento da pesquisa no campo.

O momento do encontro coletivo contou com TCLE próprio, tendo em vista que os instrumentos utilizados foram diferentes da etapa de entrevistas, referente ao segundo momento da pesquisa.

2.7 Aspectos Éticos

A presente pesquisa está pautada nos princípios éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos no Brasil, portanto, alinhada às resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (2012; 2016). Segundo as resoluções, a ética em pesquisa é caracterizada por decisões do pesquisador que garantam o respeito aos participantes da pesquisa em sua autonomia e dignidade, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua decisão de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida, via assinatura do TCLE, bem como a ponderação entre riscos e benefícios possíveis provenientes da participação na pesquisa, além da justificativa da relevância social da pesquisa.

Em se tratando de uma pesquisa realizada com três grupos diferentes e dentro de uma instituição hospitalar de alta complexidade, é necessário a consciência dos processos subjetivos de sofrimento e angústia que perpassam cotidiano durante o ato da pesquisa. Cesarianas, medicações, sedações, internações em unidades intensivas, perdas, nascimentos, e diversos outros procedimentos e acontecimentos em ato permeiam o cotidiano assistencial em um

hospital-maternidade, portanto, é exigido da pesquisadora uma sutileza e atenção ainda mais aguçados, para que não se incorra nos riscos de agudizar situações de sofrimento.

Quanto à comunicação do TCLE se deu de forma escrita e oral, na qual cada participante recebeu o TCLE por escrito, em duas vias, e seu conteúdo foi explicado oralmente. Durante a comunicação do TCLE, enquanto pesquisadora, adaptei a explicação de forma a ser clara e acessível aos participantes, considerando as características individuais, sociais e econômicas de cada um. Me dispus também a sanar qualquer dúvida que veio a surgir. A comunicação se deu de maneira presencial junto ao participante nas dependências do hospital-maternidade.

A comunicação do consentimento livre e esclarecido preza pelo conforto do participante, de forma espontânea e baseada na confiança e vínculo desenvolvido entre a pesquisadora, o campo e os indivíduos que o habitam. Como estratégia de cuidado e compromisso com os participantes da etapa das entrevistas, o TCLE contém informações de contato, com e-mail e telefone, da pesquisadora assistente e pesquisador responsável.

Quanto aos riscos possíveis que essa pesquisa em suas três fases de realização pode ocasionar, será buscado minimizar imediatamente para que não haja desconforto durante sua realização. Com base nesses aspectos, estão listados os possíveis riscos durante a realização da pesquisa:

- Desencadear sofrimento/desconforto emocional e/ou constrangimento nos participantes da pesquisa: ao memorizar os caminhos percorridos na saúde e os tipos de produção de saúde mental experimentados e produzidos, é possível a experiência de sofrimento emocional de alguma ordem, ou desconforto. Diante desses casos, será ofertado aos participantes da pesquisa uma escuta qualificada, acolhimento e atendimento diante crise por parte da pesquisadora, como

também, a depender do nível de mobilização do participante, poderá ser encaminhado o caso para equipe de psicologia da maternidade e pensado em conjunto com a equipe possíveis alternativas de cuidado extra hospitalares, como encaminhamento para atendimento gratuito pelo SUS, garantindo assistência imediata, integral, adequada e gratuita;

- Quebra de anonimato/Invasão de Privacidade/Exposição: Será estabelecido um acordo entre as partes de que não será permitido o uso de seu nome ou qualquer menção que a associe aos dados coletados e as entrevistas serão realizadas sem a presença de terceiros/as, a menos que seja considerado necessário;
- Para os dados coletados e armazenados no computador serão utilizados programas certificados de proteção aos dados.

No que tange aos benefícios da pesquisa, as entrevistas e os encontros com o campo podem ser um meio de elaboração dos processos vivenciados por parte dos participantes, ou mesmo um instrumento de percepção sobre os atos de trabalho em saúde mental que possibilitem a tomada de consciência das potencialidades do trabalho em saúde mental, vinculação com a RAPS e demais dispositivos de saúde. No mais, a presente pesquisa irá beneficiar a ciência e sociedade contribuindo para o enriquecimento das pesquisas na área de saúde mental e gênero que poderão, por sua vez, contribuir para a construção de políticas públicas e inovação em saúde.

O processo de autorização da pesquisa diante da instituição coparticipante, NMDER, se deu pela submissão do projeto à comissão de ética para apreciação. Conforme o parecer dos avaliadores, favorável, a instituição coparticipante emitiu a assinatura na folha de rosto do projeto de pesquisa e disponibilizou o termo de concordância, assinado por responsável da instituição ou por gerente responsável pela diretoria de ensino e pesquisa.

Após recebimento do termo de concordância, o projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal do Delta do Parnaíba para apreciação. A pesquisa foi aprovada para seu início com o número do parecer constando aprovação 7.722.666.

3. COLONIALIDADE, PATRIARCADO E PSIQUIATRIA NO BRASIL: Fatores históricos e políticos que atravessam o cuidado diante de mulheres e maternidades com questões de saúde mental

O manicômio é a 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 e 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. (Manifesto de Bauru, 1987, p.1)

O trecho acima foi retirado de um dos principais marcos documentais do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, "O Manifesto Bauru", construído coletivamente e apresentado em dezembro de 1987, durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru, São Paulo.

A carta é um manifesto político que aponta o Estado brasileiro e suas instituições como produtores do sofrimento emocional e denuncia a indústria psiquiátrica que funciona na lógica de manutenção das opressões e desigualdades históricas. Como veremos ao longo deste capítulo, as palavras do manifesto ecoam através da história do Brasil e soam tragicamente atuais.

O Brasil foi forjado na colonização, processo no qual os povos europeus produziram riquezas extraídas das terras de dimensão continental, sob o trabalho forçado e extermínio dos povos indígenas e povos sequestrados do continente africano. As marcas desse longo processo de destruição violenta de modos de vida, das diferenças e de implementação de um modelo social-cultural-econômico europeu hegemônico ressoam de maneira ainda mais complexa nas estruturas sociais modernas, o qual o sociólogo peruano Aníbal Quijano nomeia de Colonialidade (2005).

O conceito de Colonialidade do Poder nos permite compreender as veias que formam as estruturas e relações sociais na atualidade. Segundo Quijano (2005), a colonização cria, nas Américas e em África, o conceito de raça e torna-se um marcador de classificação social que define os modos de vida e de morte a partir de relações de dominação.

Nesse sentido, o primeiro marcador da diferença nas relações sociais é a raça, na qual os povos de cor, sejam indígenas ou negros, sofrem diferentes formas de opressão e extermínio. As instituições criadas no sistema de Colonialidade visam manter pessoas socialmente marcadas pela diferença nas condições de subalternidade, escravização e opressão.

Na atualidade, o chamado capitalismo global, que se refere ao sistema-mundo imposto pela colonização europeia e mantido pela Colonialidade, em que estrutura o mundo a partir da dominação, exploração e conflitos na qual se disputam os quatro âmbitos da vida humana: sexo, trabalho, autoridade e subjetividades (Quijano, 2005).

No que toca a categoria sexo/gênero, categoria central neste presente trabalho, a pensadora argentina María Lugones (2020), cria o conceito de Colonialidade de Gênero, no qual compreende gênero como uma ficção europeia penetrada a força e violência nas mulheres colonizadas, não-brancas, que passaram pelo processo de serem destituídas do seu lugar de poder e de pluralidade.

Portanto, é possível identificarmos que, após raça, o gênero entra como categoria de diferenciação e demarcação de poder ou subalternidade.

Nessa trilha, o sistema de gênero se consolida nas Américas, assim como no Brasil, com os avanços do projeto colonial da Europa. De acordo com Lugones (2020), o sistema da Colonialidade de Gênero possui dois lados: um lado visível, que constrói hegemonicamente a categoria homem e mulher brancos burgueses, organizando suas vidas a partir da inserção, ou não, na vida social e laboral e da heterossexualidade compulsória e perversa. Pelo outro lado,

o lado invisibilizado, um sistema de gênero que desumaniza e violenta os povos colonizados de cor, promovendo um vasto genocídio, destruição de modos de vida e subjetividades.

Raça e Gênero, marcadores sociais da diferença, dividem o que é desejável, digno de direitos, bonito e o que não o é, o que deve ser marginalizado e morto. As diferenças constituem tudo aquilo que deve ser mantido em sujeição.

Pensar a partir de Quijano e Lugones, nos permite compreender que as organizações sociais a partir de gênero-sexualidade, propostas e disseminadas pelo capitalismo global, que violentam, oprimem e destroem subjetividades de diferentes maneiras, a depender de marcadores sociais como sexo, raça, território, sexualidade e classe.

Frente à complexidade das opressões sobre as mulheres brasileiras, iremos utilizar o método-ferramenta-conceito da Interseccionalidade. De acordo com a pensadora brasileira Carla Akotirene (2019), a interseccionalidade é uma lente analítica e metodológica que permite a compreensão das opressões em um sistema interligado. Tal ferramenta nasce no feminismo negro norte americano e ganha raízes firmes na américa latina.

A interseccionalidade instrumentaliza uma compreensão das mulheres em sua diversidade e diferenças, fugindo da armadilha da universalização e da homogeneização que invisibilizam as singularidades das existências e as diferentes maneiras pelas quais os sistemas de opressão como o patriarcado, o colonialidade e o racismo, se entrelaçam (Akotirene, 2019).

Partindo dos conceitos até aqui apresentados podemos tecer uma rede de compreensão ético-política acerca da função da psiquiatria e dos manicômios no Brasil, enquanto dispositivos de opressão de destruição das diferenças e, posteriormente, analisar os primeiros passos de uma assistência em saúde mental que dê conta das mulheres em sofrimento psíquico agudo.

Construir em torno da saúde mental no Brasil e das mulheres marcadas pelo estigma da loucura, intima uma pluralidade de instituições e saberes (Pereira e Passos, 2017). A história da loucura no Brasil, na perspectiva das mulheres, traçada pela autora Magali Gouveia Engel (2004), tem como pontos cruciais a vinda da família real em 1808 e a independência da república em 1822, processos históricos marcados pela urbanização acelerada.

Nesse cenário, os sujeitos considerados "extravagantes", "esquisitos", "bêbados", "loucos", participavam do cotidiano das cidades, principalmente marcado pelo vaguear nas ruas. Nas palavras de Engel (2004):

> [...] a presença da loucura nas ruas da cidade despertava o riso, a compaixão, as injúrias grosseiras e a troça, às vezes, cruel. Sentimentos mistos e contraditórios que, oscilando entre a aceitação e a rejeição, demonstram de qualquer forma a existência de um espaço de convívio entre o louco e o não-louco, no qual ambos sabiam perfeitamente como se defender um do outro. (p. 24)

Partindo de uma rica historiografia documental, Engel nos apresenta a figura do sujeito em sofrimento psíquico no século XIX nos grandes centros urbanos, na qual o louco, ou a louca, ocupava um lugar de certo exotismo, estranhamento, expressão artística, sendo, no entanto, participantes da vida social. Apesar da consciência da diferença, eram pertencentes e livres.

O olhar para a loucura como um "problema" ou "patologia" de ordem social e moral parte do Alienismo francês, um complexo caldeirão de moralismo cristão revestido de ciência, que chega em terras brasileiras por volta de 1830 e inspira um movimento entre os médicos e psiquiatras brasileiros que começam a questionar a liberdade e o pertencimento dos ditos loucos inseridos na vida das cidades (Engel, 2004).

De 1830 em diante, pouco a pouco, os sujeitos que vagueavam, deliravam, faziam rir, levavam uma vida às avessas da moralidade hegemônica e pessoas com marcas do sofrimento psíquico, passam a sofrer um processo de desterritorialização. A partir do alienismo, seu lugar não é mais nas ruas, nas praças, ou até mesmo nas cidades, a sociedade cria um território simbólico e institucional para essas existências, o lugar da segregação e do extermínio, os hospitais psiquiátricos (Facchinetti, 2022; Ribeiro, Lamb & Mascarenhas, 2018).

No ano de 1841, na cidade do Rio de Janeiro, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospício Pedro Segundo II, que se tornou modelo para instituições posteriores, marcadas pelo enclausuramento, pela segregação e pelo assujeitamento em nome de uma suposta "ordem pública" e do desenvolvimento científico (Sampaio e Bispo Júnior, 2021).

O processo de manicomialização é circunscrito pela coisificação e destruição subjetiva, seja por meio da medicalização, conceito utilizado para definir a intervenção química no corpo diante da patologização de fenômenos humanos que fogem da linha moral da sociedade, seja pelas tecnologias de controle mais interventivas e diretas, como o encarceramento, a tortura e outras práticas amplamente utilizadas em hospitais psiquiátricos no Brasil (Nunes, Torrenté e Carvalho, 2022).

O manicômio, para além da estrutura física/arquitetônica de enclausuramento e segregação, se torna também um símbolo, uma representação social que se sustenta no modelo manicomial. Nessa representação, o louco é dito como doente, incapaz, degenerado, desalmado e, a partir daí, seu corpo se torna responsabilidade total do poder médico-científico, que irá tecer seu destino de maneira disciplinar e torturante (Foucault, 1978).

Assim sendo, podemos ler o manicômio como uma expressão genuinamente colonial, operando na sociedade para a manutenção e aprofundamento das opressões de gênero, raça,

classe, território, sexualidade, se instaurando no país como lugar central da assistência em saúde mental, que, embora inspirado no modelo Europeu, toma contornos particularmente perversos no Brasil (Silveira e Braga, 2005).

Stela do Patrocínio (2001), mulher, negra, pobre, internada aos 21 anos no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, retrata em sua obra o funcionamento dos hospitais psiquiátricos no Brasil:

> Eu vim do Pronto Socorro do Rio de Janeiro/ Onde a alimentação era eletrochoque, injeção e remédio/ E era um banho de chuveiro, uma bandeja de alimentação / E viagem sem eu saber para onde ia/ Vim parar aqui nessa obra, nessa nova construção. (Patrocínio, 2001, p. 53)

O falatório de Stela, modo como a artista nomeava sua criação, denuncia a lógica manicomial, não só por relatar os abusos e violências presentes na rotina do hospital psiquiátrico, mas também por mostrar sua produção subjetiva enquanto uma mulher marcada pela negritude e pelo sofrimento psíquico agudo, em uma sociedade racista e patriarcal.

Arbex (2013) estima que, dos mais de 60 mil mortos dentro do manicômio da cidade de Barbacena, em Minas Gerais, cerca de 70% não possuíam diagnóstico de doença mental. Segundo a autora, a grande massa encarcerada, sobrevivendo entre situações extremas violação de direitos e degradação, era formada por sujeitos e sujeitas, que de alguma forma, não correspondiam às expectativas sociais e morais.

A política de morte, expressada pelo assassinato sistemáticos de sujeitas/os encarceradas/os no manicômio, pela despersonalização dos indivíduos e pela naturalização por parte da sociedade, diante de tal barbárie, comunica a nós como a sociedade brasileira historicamente lida com as multiplicidades de modos de existência (Matos-de-Souza & Medrado, 2021).

De acordo com Passos e Gouveia (2017), as questões de Raça e Gênero definiam os modos como as mulheres eram vistas e tratadas nos manicômios brasileiros, e incluíam também como critérios de internação e permanência a longos períodos, na maioria dos casos o resto da vida.

Segundo estudos que analisam os prontuários e documentos dos hospitais psiquiátricos brasileiros, as internações de mulheres, principalmente mulheres negras, eram justificadas a partir de desvios das normas sociais, como, por exemplo, o não desejo pelo matrimônio ou pela maternidade (Cunha e Boarini, 2011; Engel, 2004).

Carolina Bessa Duarte (2022), ao tentar compreender como a loucura produzida pela psiquiatria se constitui como instrumento de controle de corpos no Brasil, articula o conceito biopolítica de Michel Foucault (2011), ou seja, a forma como uma instituição ou um saber tem o poder de gerir os corpos e subjetividades em nome de um sistema social-político.

Em sua investigação, Duarte (2022) resgata dados de pesquisas brasileiras que relacionam estudos ginecológicos utilizados para justificar o adoecimento mental, a partir de características do corpo da fêmea humana. A autora então compreende a maneira como tais teorias amplamente divulgadas no meio médico-científico incentivaram e ofereceram como opções de tratamento para mulheres supostamente afligidas por algum tipo de adoecimento mental métodos invasivos e torturantes, como a histerectomia total, raspagens do colo do útero, mutilações nos órgãos genitais e eletrochoque (Duarte, 2022).

As evidências de tais intervenções, hoje compreendidas enquanto misóginas e racistas, revelam como a ciência psiquiátrica violentou os corpos de mulheres brasileiras em busca do controle de suas subjetividades e em nome de um suposto bem-estar social.

O tema da saúde mental e mulheres, isto posto, é elementar para se pensar políticas públicas em saúde. Considerando a legislação brasileira atual, não existem políticas de

cuidados em saúde mental específicas para as mulheres, nem diretrizes que contemplem as vivências das mulheres, principalmente no que toca o sofrimento psíquico interseccionado à maternidade e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A reforma psiquiátrica brasileira teve como principais vertentes de luta e transformação quatro principais pontos: 01) o combate e a denúncia das violências e torturas que aconteciam nas instituições psiquiátricas; 02) a mercantilização dos corpos, principalmente baseada na venda de corpos ou 'peças anatômicas" para universidades de medicina; 03) o olhar médico sobre o adoecimento mental, estigmatizante e assujeitador, centralizando um suposto cuidado em saúde mental na instituição hospitalar e baseada em supostos saberes psiquiátricos que feriam a autonomia dos sujeitos; 04) a hegemonia de uma rede privada e de assistência que lucravam sobre práticas desumanizadoras e atrozes (Brasil, 2005).

Compreender tais pontos, nos quais se deseja, enquanto coletivo social, a promoção de mudança, é fundamental para que analisemos a atualidade, após importantes leis e reorganizações no sistema de cuidado em saúde mental, que possam permitir a reflexão a partir dos avanços alcançados: a) em quais pontos a marca do retrocesso ainda é profunda; b) reconhecer quais bandeiras foram deixadas fora do campo de possibilidade de transformação.

A Lei nº 10.216/2001, que institui e orienta o modelo do cuidado diante das questões de drogas e sofrimento psíquico, em seu artigo 4º, aponta a excepcionalidade da internação psiquiátrica e orienta a forma que deve se dar a internação e acompanhamento diante desses casos. A partir do ano de 2002, com a Portaria/GM nº 251, de 31 de janeiro do mesmo ano, pouco a pouco e de maneira desordenada e descontínua, os hospitais psiquiátricos foram submetidos aos processos de descredenciamento, desfinanciamento e proibição de novas internações (Brasil, 2002).

Segundo o relatório de Inspeção Nacional de Hospitais Psiquiátricos (2019), realizado pelo Conselho Federal de Psicologia no ano de 2018, a realidade encontrada nos leitos de saúde mental em hospitais psiquiátricos ainda é de um cotidiano de violação dos direitos humanos.

O relatório também evidencia que as práticas de violação de direitos se intensificam quando interseccionados gênero, raça, sofrimento emocional e a questão do uso de substâncias (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Ao longo da exposição é possível compreender a psiquiatria, o manicômio e as primeiras tentativas de políticas de saúde mental no Brasil como expressões da colonialidade e do patriarcado. Atualmente, as políticas de saúde mental no Brasil possuem limbos teóricos e operacionais que ameaçam a primazia do funcionamento do que se propõe o SUS.

Pensar em saúde mental e mulheres nos convoca não somente a um avanço das políticas públicas em saúde mental, mas também nas políticas de saúde da mulher e garantia dos direitos humanos.

Porém, para conseguirmos aprofundar na problemática quanto ao cuidado em saúde mental das mulheres e suas especificidades, é necessário visitarmos com maior atenção as políticas atuais de saúde da mulher, saúde materno-infantil e saúde mental no Brasil.

4. POLÍTICAS ATUAIS DE SAÚDE MENTAL, SAÚDE DA MULHER, SAÚDE MATERNO-INFANTIL E SUAS INTERSECÇÕES

Como visto no capítulo anterior, a Reforma Psiquiátrica brasileira foi, e ainda é, um movimento sociopolítico de transformação da assistência em saúde mental e de mudança do simbolismo cultural acerca do sofrimento psíquico, da figura do louco e da questão das drogas. O movimento social de trabalhadores da saúde mental, sobreviventes do sistema manicomial brasileiro e de seus familiares, construiu novos horizontes para as políticas de saúde mental e para milhares de brasileiros que tinham seus corpos violentados e assassinados diariamente sob a égide da psiquiatria e do Estado.

A partir da Lei nº 10.216/2001, a reforma avança, mas não sem desafios. A extinção progressiva dos leitos psiquiátricos e manicômios existentes sem uma preparação do novo modelo assistencial criou um abismo para as pessoas sobreviventes de internações de longa permanência e que não tinham qualquer vínculo social e familiar que as amparasse.

Além disso, era necessário pensar a reabilitação psicossocial dessas pessoas e organizar/estruturar um modelo psicossocial de atenção e sua implementação gradativa em um território extenso, além da parte mais doída desse caminho, a ausência inicial de linhas específicas de financiamento para a reforma (Sampaio & Bispo Júnior, 2021).

Como já visto, o manicômio vai muito além de uma estrutura física, mas também se trata de um modelo de práticas, aplicadas dentro e fora dos muros dos hospitais psiquiátricos. Tais práticas, são marcadas pela violência diante de corpos e subjetividades tidos como indesejáveis, ao que os autores Nunes, Torrenté e Carvalho (2022) nomeiam de Circuito Manicomial de Atenção.

A noção de circuito trata da persistência da lógica manicomial nas diversas relações entre Estado, governos, instituições, trabalhadores de saúde, comunidade e a pessoa entendida por esses dispositivos como louca.

Nesse sentido, o circuito manicomial da atenção estabelece o modelo violento e segregador como modo de atenção à saúde, o que será replicado, incentivado, e até mesmo desejado frente às pessoas com transtornos mentais e/ou com questões por uso de substâncias.

Com o intuito de organizar os fluxos e acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) o Ministério cria as Redes de Atenção à Saúde (RAS), dispositivos especializados que visam atender as especificidades da população. Entre as Redes criadas está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Criada no ano de 2011, a partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro, a RAPS objetiva garantir e ampliar o cuidado em saúde mental, articulando diversos pontos de atenção para acompanhamento longitudinal e garantia do cuidado integral de pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras substâncias, envolvendo Governo Federal, estados e municípios (Brasil, 2011).

O ponto central de atenção do modelo psicossocial, instaurado com a reforma psiquiátrica, e da RAPS são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que em seu modo de funcionamento possibilitam para além dos muros do hospital psiquiátrico o cuidado em saúde mental focado no serviço de base comunitária, em liberdade, voltado para a autonomia e reabilitação psicossocial das sujeitas e sujeitos usuários do serviço (Brasil, 2022).

Quanto às políticas referentes às drogas, temos especificidades ainda maiores e mais delicadas no cenário de saúde brasileiro, a começar por ser um terreno ainda mais marcado pelo retrocesso e pelo modelo manicomial, principalmente quando interseccionada à questão de drogas com os marcadores de raça e gênero (Settani *et al.*, 2022).

Em 2002, diante da promulgação da Lei nº 10.409, de 11 de janeiro, a política de cuidado passou a ser orientada partir da política de redução de danos, pela compreensão integral e dinâmica do fenômeno como um problema de saúde e a promoção de direitos, articulada

junto com a Rede de Atenção Psicossocial a partir de sua formulação (Lopes & Gonçalves, 2018).

Em contrapartida, em 2019, em um contexto de crise política e risco à democracia brasileira, a partir do decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 que aprova a chamada "Nova" Política Nacional sobre Drogas, marca um grave retrocesso frente a reforma psiquiátrica e ao modelo psicossocial, baseando as políticas de cuidado na abstinência, violação da liberdade e autonomia individual e reconhecimento das comunidades terapêuticas e suas práticas asilares baseadas na moralidade e religiosidade como pontos de atenção (Bastos e Albert, 2021).

No que se refere às políticas de saúde da mulher no Brasil, essas nascem de uma primeira preocupação do Estado brasileiro com os índices de morbimortalidade materno infantil e embasadas na constituição de 1988, que considera que o acesso de mulheres e recém-nascidos a atenção digna e de qualidade durante a gestação, o parto, o puerpério e o período neonatal como direitos inalienáveis.

No ano 2000, o Ministério da Saúde implementa o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, que objetiva o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde voltadas a gestantes, puérperas e recém-nascidos, regulada e organizada pelo SUS (Ministério da Saúde, 2000).

Quatro anos após, em 2004, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), fruto da luta dos movimentos sociais de mulheres no país, que dispõe em sua construção acerca das diretrizes para humanização e qualificação do cuidado à mulher, baseada nas iniquidades de gênero no Brasil e seus efeitos na saúde e qualidade de vida das mulheres (Ministério da Saúde, 2004). A PNAISM (2004) é um marco importante na luta feminista pelos direitos das mulheres no Brasil, principalmente por consolidar e orientar avanços quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Em 2011, a assistência hospitalar ao parto e ao nascimento, destacada na PNAISM, passa a ser organizada como uma rede de atenção à saúde, a Rede Cegonha, através da Portaria nº 1.459/2011, direcionada a assegurar à mulher, o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, além de propor um cuidado em saúde multidisciplinar que dê direito a mulher a sua autonomia e centralidade em todo processo (Ministério da Saúde, 2011).

As políticas de saúde da mulher, seus direitos reprodutivos e sexuais foram e são alvos de ataques no Brasil, cenário ainda mais agudizado a partir do ano de 2019, com a ascensão da extrema direita neofascista na política nacional, caracterizada por um movimento político-econômico que se beneficia do aprofundamento das desigualdades sociais para manutenção do poder de uma minoria branca de classe média, além de defender um Estado de exceção de direitos civis (Medeiros e Araújo Júnior, 2024).

Como projeto de um governo voltado ao retrocesso, no ano de 2022 é lançada a Portaria nº 715/2022 que institui a Rede de Atenção Materna Infantil (RAMI) em substituição a Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2022). A RAMI volta a atenção materno-infantil para a primazia do modelo hospitalar de alta complexidade, retirando a autonomia da mulher no ciclo-gravídico puerperal, anteriormente estabelecido com muita luta pela Rede Cegonha, acentuando práticas interventivas e com impactos éticos negativos em todo o processo de gestação, parto e puerpério no Brasil (Alves, *et al*., 2022; Zveiter, 2022).

Em 2023 a Rede Cegonha é retomada pela Portaria n° 13, de janeiro, o que representou à época um resgate e fortalecimento das estratégias de saúde materno-infantil. Na data de 12 de setembro de 2024 é lançada a Portaria GM/MS nº 5.350 pela Primeira-Ministra da Saúde Mulher no Brasil, Nísia Trindade Lima, a Rede Alyne, como estratégia de reestruturação da Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2024).

A Rede Alyne abandona a representação mitológica da cegonha, trazendo em seu título o nome de uma mulher real, Alyne Pimentel, mãe, negra e pobre de 28 anos que foi morta após uma série de condutas violentas e negligentes. O caso ocorreu no ano de 2002 e em 2026 ainda é uma realidade atualizada constantemente pela violência estrutural do machismo e do racismo.

A Rede Alyne poderia ter tantos outros nomes de mulheres pretas, pardas e indígenas que há décadas lideram os índices de morbimortalidade materno-infantil e de violência obstétrica em território brasileiro (Leal, C, M, et al., 2023; Theme Filha, M; et al., 2024).

A Partir da compreensão estrutural e interseccional da violência e seus reflexos nos processos de gravidez, parto, puerpério, a Rede Alyne avança em relação aos direitos das mulheres e preservação de sua autonomia, estabelece melhores estratégias de financiamento da saúde, amplia o olhar para as iniquidades de raça e também inclui dentro de seu texto a assistência em saúde mental como especialidade que deve ter o acesso regulado dentro dos serviços de atenção à gestação de alto risco (Ministério da Saúde, 2024).

É diante de tal cenário de avanços e retrocessos que a presente pesquisa se propõe a uma compreensão das interseções entre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a Rede Alyne e de práticas de saúde que permeiam esse campo até então fronteiriços.

Dentro dos dispositivos de saúde que compõem a RAPS, de acordo com a Portaria nº 3.088/2011, os leitos de saúde mental em enfermaria especializada em Hospital Geral (HG), são pontos de atenção da rede, que devem contar com equipe multiprofissional especializada em saúde mental. Os leitos de saúde mental visam ofertar cuidado hospitalar especializado frente a situações de crise decorrentes do consumo ou abstinência de álcool e outras drogas, bem como sujeitas e sujeitos em sofrimento psíquico agudo (Ministério da Saúde, 2022).

A partir de um levantamento quanto ao quantitativo de leitos tipo saúde mental, observa-se de acordo com os dados disponibilizados no site do Cadastro Nacional de

estabelecimentos de saúde (CNES), existem, no ano de 2025, 3.332 leitos cadastrados tipo saúde mental em hospital geral, dentre eles, 1.157 vinculados ao SUS. Deste quantitativo, são encontrados no cadastro apenas 12 (doze) leitos tipo saúde mental localizados em 02 (dois) estabelecimentos classificados como hospital-maternidade, localizados no estado do Ceará.

Todavia, ainda sobre os dados disponibilizados no CNES (Brasil, 2025), existem atualmente 28.495 leitos cadastrados tipo psiquiatria, destes, 15.738 vinculados ao SUS distribuídos no Brasil. Dentre os estabelecimentos de saúde que se encontram os leitos tipo psiquiatria, 47 estabelecimentos são classificados como hospital-maternidade, com 142 e leitos distribuídos entre eles.

Portanto, foram identificados na pesquisa dois tipos de classificação para leitos de saúde mental, todos foram organizados na Tabela 01. A distribuição por estado está organizada em ordem decrescente de acordo com o quantitativo de leitos tipo saúde mental ou tipo psiquiatria:

Tabela 1 –

Quantitativo por estado de leitos tipo saúde mental e psiquiatria vinculados ao SUS em Hospital-Maternidade segundo CNES (2025).

Estado	Quantitativo de Estabelecimentos Hospital-Maternidade que possuem Leitos de Saúde Mental	Quantitativo de leitos tipo saúde mental/psiquiatria vinculados ao SUS
Santa Catarina	05	43
Ceará	12	30
Pernambuco	08	23
São Paulo	04	16
Maranhão	02	08
Piauí	01	08
Paraná	02	06
Bahia	03	04
Mato Grosso do Sul	02	03
Rio Grande do Norte	03	03
Rio de Janeiro	01	02
Mato Grosso	02	02
Rondônia	01	02

Estado	Quantitativo de Estabelecimentos Hospital-Maternidade que possuem Leitos de Saúde Mental	Quantitativo de leitos tipo saúde mental/psiquiatria vinculados ao SUS
Minas Gerais	01	02
Amazonas	01	01
Espírito Santo	01	01
Total	**49**	**154**

Diante dos dados apresentados, é possível identificar que, atualmente, no âmbito do SUS, existem 154 leitos de saúde mental/psiquiatria distribuídos em hospital-maternidade, que juntos formam o que a presente pesquisa considera como o principal ponto, ou ponto mais crítico da fronteira, de interseção entre a RAPS e a Rede Alyne.

Se faz necessário reconhecer, contudo, que os leitos de saúde mental em hospital-maternidade não são os únicos pontos possíveis de interseção, tendo em vista que sujeitas em situação de sofrimento psíquico agudo e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas, enfrentam diversas barreiras de acesso ao cuidado psicossocial, além disso, o acesso está relacionado tanto aos dispositivos de saúde disponíveis no território, quanto à itinerância, em outros termos, os movimentos em busca do cuidado perpassados pela história de vida dessas mulheres e pela rede intersetorial (Barbosa e Engstrom, 2021).

A partir do exposto, é possível afirmar que os leitos de saúde mental em hospital-maternidade são pontos identificáveis nos dados disponíveis em saúde e são dispositivos especializados no cuidado das mulheres, de seus direitos sexuais e reprodutivos, das maternidades, frente às demandas de saúde mental (Barbosa, 2023).

Diante dos dados de revisão de literatura apresentados até o momento e após reconhecer o espaço crítico do cuidado de mulheres e maternidades frente a demandas de saúde mental, precisamos ir adiante ao campo empírico, para a exposição dos processos de cuidado e de subjetividades encontrados na inserção do campo de pesquisa. O espaço para analisar os

processos encontrados nós servirá para ampliar o olhar para as questões discutidas até aqui e tensionar e confrontar com os achados da literatura.

Além disso, o espaço de análise de dados dentro da cartografia pretende ser um espaço de escuta das vozes da instituição e das subjetividades inseridas nela.

5. MAPEANDO O VIVIDO: UMA CARTOGRAFIA DO CUIDADO

O trabalho de análise dos processos capturados nessa pesquisa busca organizar a maneira com que o cuidado é produzido pelos diferentes participantes e traçar um diagrama de forças e formas a partir do encontrado.

Esse trabalho de traçar tal diagrama se deu em uma construção, um encontro das diferenças do campo e a tentativa de feitura de um plano comum (Kastrup e Passos, 2013). De acordo com a esquizoanálise, buscamos aqui encontrar as dimensões e suas diferentes e múltiplas conexões que enfim formam o Rizoma[6] do que é o cuidado, abarcando as múltiplas camadas de existências, afetos, significados, desejos, leis e organizações.

Desenhamos a partir das letras, palavras, frases e enfim parágrafos a pluralidade de vivências e afetações, em busca de um resultado que contribua para o campo da saúde mental, saúde da mulher e campos correlatos. Interessante frisar que não se busca aqui analisar conteúdos estratificados, mas sim uma análise que busque o tempo inteiro abarcar a complexidade da realidade apresentada no campo.

Em um primeiro momento, entendemos como necessário mostrar a organização das formas do campo, para posteriormente entendermos os processos desenrolados. Formas então é tudo aquilo que organiza, estabiliza, institui. As formas são a arquitetura do prédio, a formação das equipes, as normas e orientações técnicas e éticas, as rotinas criadas (Deleuze & Guattari, 1995).

O primeiro dia no campo de pesquisa se mostrou cheio de novidades em relação à última vez que enquanto ainda estudante de graduação eu havia estado no hospital-maternidade. Agora, dentro do mestrado, retornei enquanto pesquisadora em um novo lugar

---

6 O conceito de Rizoma criado por Deleuze e Guattari (1995) diz sobre um paradigma que entende a realidade não a partir de uma unidade central formada por partes que se encaixam, mas sim, compreende a realidade como dimensões, "platôs", que se conectam e se interpõem, gerando novas dimensões. Tal teoria abarca a complexidade dos processos ou linhas analisadas.

simbólico (pesquisadora e psicóloga) e em um novo lugar geográfico e arquitetônico, tendo em vista que o hospital-maternidade está em um novo prédio.

Além disso, havia também não só mudanças físicas, mas uma mudança de gestão dos processos de saúde, agora uma gestão privada dentro de um hospital pertencente ao SUS. Novo território físico, um prédio com oito andares divididos por ala sul e ala norte. Novo território político também, já que estamos falando de uma parceria público-privada, na qual todos os processos de gestão em saúde foram transformados e redesenhados.

As empresas de caráter público-privado operam a partir de indicadores de desempenho, privilegiando dentro do campo da saúde o aumento da produtividade, a diminuição de custos e o cumprimento de metas que visam lucro, enfatizando a lógica do mercado dentro do serviço público (Silva, Turci e Richter, 2017). Tal modo de operar, como veremos mais à frente, afeta diretamente na qualidade do cuidado ofertado e nas relações estabelecidas no campo.

Consequência direta da criação de novos modos de trabalho em saúde é que não havia ali uma enfermaria de saúde mental com equipe especializada referência para os leitos de saúde mental, como é orientada pela Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Nessa nova organização do hospital-maternidade, cada equipe fica responsável por cerca de 40 leitos, entre eles os leitos de saúde mental.

Dentro da equipe dos trabalhadores de saúde há duas divisões: trabalhadores plantonistas e diaristas. São plantonistas os seguintes trabalhadores: técnicos de enfermagem; enfermeiros; médicos residentes e nutricionistas. Os demais trabalhadores, médico psiquiatra (exclusivo dos leitos de saúde mental), pediatras, obstetras e psicólogos são diaristas. No caso dos médicos especialistas, quando plantonistas, estes ficam responsáveis por mais de um andar, atendendo diferentes demandas.

Tal dinâmica de presença do trabalho faz com que haja uma grande rotação dos profissionais de enfermagem, residentes e nutricionistas durante a semana (com equipes fixas em cada dia, divididos em plantões de 12 horas) e que haja uma constância na presença dos médicos e psicólogos.

Durante um plantão no andar que comporta as enfermarias de saúde mental cada equipe é organizada da seguinte forma: quatro técnicos de enfermagem; dois enfermeiros; dois nutricionistas; um psicólogo; um médico obstetra; um médico pediatra e um médico psiquiatra.

A equipe deve dar conta dos cerca de 40 leitos pertencentes ao Ala Sul, podendo alguns desses trabalhadores serem direcionados para atender outras demandas. A ala atende principalmente demandas obstétricas e os leitos de saúde mental.

É evidente, na análise dos resultados, que o hospital-maternidade é um território híbrido, atravessado simultaneamente por diversas lógicas de produção de saúde. Nos leitos de saúde mental, esses atravessamentos se multiplicam: as racionalidades obstétricas e ginecológicas se chocam com a lógica psiquiátrica, e essa confluência exige a criação de um cuidado cada vez mais especializado e, ao mesmo tempo, integralizado.

É importante situar que parte do trabalho de campo exigiu compreender o hospital como um território, e suas enfermarias e especializações como partes formantes desse agenciamento territorial. Situamos aqui o território não apenas como físico e espacial, mas como eminentemente expressivo, simbólico e em constante movimento de transformação (Herner, 2009).

Tal compreensão permite, posteriormente, analisar o cuidado produzido e seus impactos, bem como possibilita que trabalhadores de saúde e gestores apreendam seus próprios territórios de fazer saúde como realidades dinâmicas, atravessadas por linhas de força

institucionais, afetivas e políticas, e se apropriem criticamente das implicações de suas práticas, para além do instituído.

Na atual organização do SUS, o hospital de alta complexidade é um dispositivo de retaguarda e um componente estruturante da RAS, sendo o ponto de atenção que concentra a oferta de serviços que exigem maior aporte tecnológico (entendendo aqui tecnologia como maquinário e especialização profissional). O hospital não deve ser o centro do cuidado em saúde disponível no território, essa função cabe à rede de atenção primária, que deve se articular de acordo com as especificidades de cada território.

O acesso ao hospital deve ser regulado e mediado pelos dispositivos da atenção primária e da urgência e emergência, conforme os princípios da hierarquização, dispostos na Lei nº 8.080/90, Art. 7º, IX, 'a', e da regionalização, conforme o Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No entanto, o hospital é defendido aqui, ainda assim, como território e como um território no qual deve ser possível a produção de um cuidado emancipador no que toca os leitos de saúde mental em hospital-maternidade e que use de tecnologias outras, que não apenas as convencionalmente compreendidas como tecnológicas (maquinários, protocolos, especialização).

É sobre essas outras tecnologias que se funda essa pesquisa, entendendo como o encontro, o componente do vínculo e a inventividade de formas de cuidar de acordo com as necessidades estabelecidas no território. Tais tecnologias serão devidamente pontuadas e organizadas no decorrer da análise dos resultados.

5.1 O oitavo andar: espacialidade e organização do cuidado

O oitavo andar do hospital-maternidade comporta em sua ala sul os leitos de saúde mental e demandas obstétricas, já em sua ala norte estão localizados os leitos pediátricos para qual são encaminhados os chamados pelas equipes de “bebê patológicos”, que são bebês portadores de patologias crônicas e complexas.

Dentro de seu espaço, o oitavo andar possui dois tipos de realidades bastante complexas de um ponto de vista subjetivo, mas que se encontram em um âmago comum: os tensionamentos entre os sentidos do “normal” e do “patológico”, do que “existe e vive” e do que é inviável ou “incompatível” com vida em suas formas normatizadoras.

Mas, principalmente, a partir do ponto de vista de pesquisadora, enxergo nesse âmago de significados do oitavo andar, a questão da multiplicidade de formas de ser, de formas de corpos e de mentes.

Devires, no sentido de ser para além das linhas já encontradas. Ser em formas que desafiam as literaturas médicas, psiquiátricas e psicológicas que se dizem universais, que categorizam e hierarquizam formas de vida.

A partir de Canguilhem (2002), o que entendemos como patológico é na verdade uma forma de ser, uma forma transformada e que faz parte da variabilidade da própria vida. Nesse sentido, compreendemos que existem, nas margens do dito e do prescrito nos manuais e protocolos de saúde formas de vida marginais no sentido de variabilidade e multiplicidade e que, por variarem, desafiam as normas padronizadas do que é cuidado e do que é o fazer saúde.

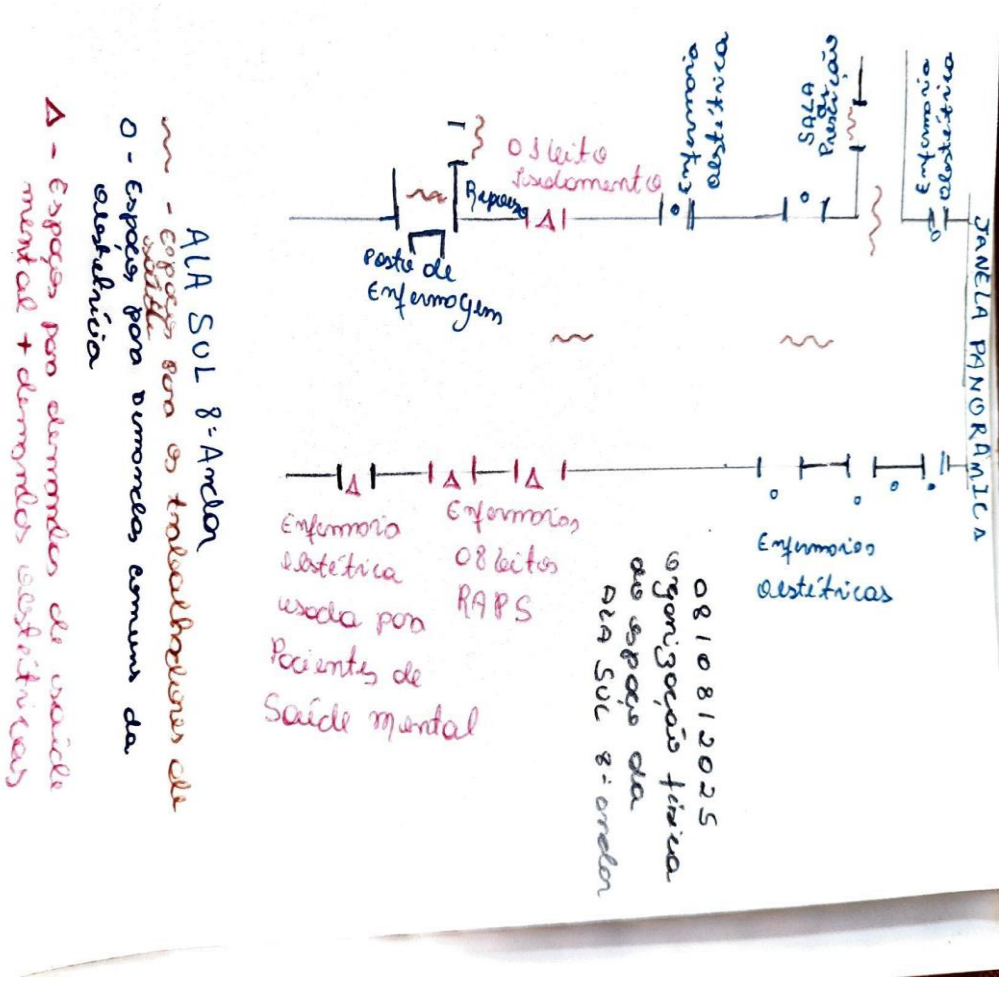
5.2 O corredor como fronteira entre a vigilância e o cuidado

Por muitas vezes no campo peguei desenhando no diário diagramas e formas que tentassem representar o que eu percebia com meu corpo de psicóloga-pesquisadora-mulher no campo de pesquisa.

Abaixo apresento em forma de desenho a ala de sul do 8º andar do prédio da NMDER e a sua disposição espacial:

Figura 2 –

Scanner retirado de página do diário de campo datado de 08/08/2025.



A imagem acima faz parte desse esforço inicial de compreender a organização espacial da ala em que se comportam os leitos de saúde mental. Utilizei símbolos e cores para definir os espaços que são direcionados a cada sujeito.

A organização espacial das instituições e suas formas de moldar e controlar subjetividades foram analisadas por Foucault (2014). As teorias sobre o funcionamento de instituições disciplinares, como centros de detenção e hospitais psiquiátricos, também ajudam a compreender a arquitetura e a organização das instituições hospitalares observadas em campo.

O hospital como máquina de curar se organiza a partir das divisões de especialidade, definidas por classificação e isolamento, de cada enfermaria e nas hierarquias estabelecidas dentro da dinâmica hospitalar, na qual o médico ocupa o topo da hierarquia, com o poder de decisão e prescrição e em sua base de estão as usuárias dos leitos, cercadas por barreiras visíveis (os espaços de cada leito) e barreiras invisíveis que serão discorridas mais à frente da análise (Foucault, 2010).

Agora retornando ao desenho, o símbolo do círculo azul representa as mulheres internadas com demandas obstétricas comuns. A elas é direcionado o espaço bastante limitador de suas respectivas enfermarias e leitos.

No hospital-maternidade existe a possibilidades de passeios terapêuticos, na qual as usuárias podem circular por áreas comuns da maternidade ou nos jardins e área externa, desde que acompanhadas por seus acompanhantes ou trabalhador de saúde, mas esses casos dependem muito da dinâmica da rotina do dia e das condições de saúde da usuária.

O triângulo vermelho no desenho representa os espaços direcionados às mulheres com demandas de saúde mental. É possível perceber que para além dos 08 leitos de saúde mental estabelecidos pela RAPS, existem mais duas enfermarias a quais são direcionadas pacientes

com demandas de saúde mental: uma enfermaria comum e mais próxima aos leitos de saúde mental oficiais e uma enfermaria com apenas um leito, que é denominada pelos trabalhadores de saúde como enfermaria de isolamento.

A possibilidade de passeio terapêutico às mulheres usuárias dos leitos de saúde mental é ainda mais restrita, justificado pelo histórico de abandono de tratamento e evasão do hospital antes da alta médica.

Outra questão que dificulta o passeio é que as mulheres usuárias dos leitos de saúde mental em muitos dos casos, de acordo com os trabalhadores de saúde, não possuem acompanhantes e quando possuem os acompanhantes também carregam questões de saúde mental. Quando há passeios geralmente essas mulheres são acompanhadas pela trabalhadora da psicologia ou por residentes.

O sinal *"~"* (til) de cor marrom indica os espaços direcionados aos trabalhadores de saúde, constituído pelo posto de enfermagem, pelo repouso, pelo corredor e pela sala de prescrição.

Os trabalhadores de saúde percorrem todas as áreas do oitavo andar em uma rotina dinâmica, que exige presença constante e grande agilidade. Diante dessa intensa circulação, é raro que consigam se reunir em um mesmo espaço para a troca de experiências e a discussão de casos.

O desenho revela ainda que as enfermarias de saúde mental estão posicionadas em frente ao posto da equipe multiprofissional de saúde, nomeado como "posto de enfermagem", sempre à vista dos profissionais. Com as portas quase permanentemente abertas, os trabalhadores se mantêm atentos às usuárias dos leitos e, transitando entre a vigilância e o cuidado, caminham de um lado ao outro atentos e acelerados.

5.3 A Prescrição da vida e Temporalidade no hospital-maternidade

Nos leitos de saúde mental, quem define o tempo é a prescrição médica, especificamente obstétrica e psiquiátrica. Nos inícios dos plantões, ao amanhecer de cada dia, ambos os médicos passam - em momentos diferentes- pelos leitos, e a partir das necessidades das usuárias e dos protocolos preestabelecidos é definido os horários das medicações e dos procedimentos. A equipe de nutricionista e a organização da NMDER definem os horários das refeições.

Os médicos, os internos, residentes, fisioterapeutas, nutricionistas se assemelham a pássaros-colibris, pousam e partem rapidamente, quase sempre divididos entre mais de um andar. Alguns trabalhadores de saúde relataram ser responsáveis por mais de quarenta leitos em um único plantão ou diária. Nessas condições, falta tempo (e energia) para permanecer e habitar o espaço do cuidado.

As usuárias dos leitos de saúde mental, por sua vez, ali permanecem submetidas a tempos ociosos que parecem não ter fim, observando, pela ampla janela de suas enfermarias, o Sol nascer e se pôr sobre a capital do Piauí. Os profissionais de enfermagem, a psicóloga e o serviço social permanecem diariamente, não surpreende serem eles os trabalhadores mais vinculados às usuárias e suas histórias.

O corredor é a zona fronteiriça entre as enfermarias e o posto de enfermagem. Vez ou outra uma mulher transita por ali, ou seus acompanhantes, atravessam essa zona entre trabalhador de saúde-paciente, até o posto de enfermagem, para pedir por algo ou para tirar alguma dúvida. Rapidamente retornam ao espaço da enfermaria e aquele território volta à organização pré-estabelecida como na representação que fiz em meu diário de campo.

A lógica organizacional do hospital-maternidade se entranha em nossos corpos e de repente todos buscam seus devidos lugares e suas funções (ou a espera, no caso das usuárias).

Um sentimento permanente em meu corpo de pesquisadora era a inadequação, a falta de lugar ou função. O hospital-maternidade não possui bancos ou cadeiras nas áreas comuns, os corredores são longos e vazios.

Por questões organizacionais e de controle de infecções, não existem pontos para sentar-se com o diferente e trocar experiência de maneira próxima e ao mesmo nível. As trocas são desniveladas.

Os trabalhadores de saúde trocam suas percepções e orientações muitas das vezes somente pelos prontuários ou por curtas frases uns entre os outros. As cadeiras do posto de enfermagem são poucas para o número de trabalhadores, suficiente apenas ao número de computadores. Por isso, conversam em pé e passando um pelo outro, pouco se encontram de fato. Falta olho no olho e tempo para refletir juntos sobre as decisões de cuidado.

O médico prescreve e o serviço se organiza a partir daí. As trabalhadoras do serviço social e da psicologia possuem maior liberdade sobre a própria rotina de serviço, pois não dependem de prescrição médica, mas a alta demanda de trabalho as joga no furacão da rotina hospitalar.

Os trabalhadores técnicos de enfermagem operam o cuidado corpo a corpo com as usuárias, são os trabalhadores que passam mais tempo com elas, próximos e acompanhando de perto suas vidas.

Quando um trabalhador adentra as enfermarias, as usuárias imediatamente se deitam em suas macas e permanecem atentas a eles. O trabalhador permanece em pé, olhando de cima. As mulheres deitadas, aguardando sua vez.

Uma apresentação tão breve do esqueleto do que são os leitos de saúde mental em hospital-maternidade, o lugar que ocupam e como se organizam os que operam o cuidado, já

se faz possível perceber as complexidades que envolvem esse território e os múltiplos atravessamentos políticos, institucionais e organizacionais.

Elementos físicos, como a posição e um leito em relação a posição do trabalhador de saúde revelam as conexões entre diferentes platôs e interferem no cuidado ofertado e produzido no ato da rotina do hospital-maternidade.

A partir da exposição dos modos de organização do plano onde se encontram inseridas as enfermarias de saúde mental, foco deste projeto, iremos definir três grandes núcleos de análise.

O primeiro núcleo, Cicatrizes, se dedica às mulheres que ocupam os leitos de saúde mental, procurando compreender suas histórias e, em diálogo com a bibliografia adotada, conceituar os entrelaçamentos do sofrimento psíquico enquanto produto e produtor da subjetividade das mulheres participantes da pesquisa.

O segundo núcleo, denominado Estilhaços, volta-se para os processos observados na operacionalização do cuidado pelos trabalhadores de saúde, abrangendo seus modos de trabalho, as relações que estabelecem entre si e com as pacientes, e a forma como vínculo e tempo incidem sobre a qualidade da atenção.

O terceiro núcleo, por fim, organiza as tecnologias de cuidado instituintes que a pesquisa considerou capazes de engendrar um cuidado emancipador nos leitos de saúde mental. Tais tecnologias, mapeadas ao longo do estudo, poderão ser pensadas e trabalhadas a partir da divulgação científica por outros serviços que atuam na fronteira entre saúde mental, saúde da mulher e saúde materno-infantil.

5.4 Cicatrizes: mulheres enlouquecidas

Iniciar a análise dos resultados pelas mulheres usuárias dos leitos de saúde mental é um movimento que tem como objetivo tornar essas sujeitas e seus processos o centro de todo o pensar e de todo fazer em torno do cuidado nesta pesquisa. Por isso, partimos dos relatos colhidos, das histórias presenciadas, das dores e alívios compartilhados com elas.

Os nomes atribuídos às participantes desta pesquisa são fictícios, escolhidos com o objetivo de preservar suas identidades e garantir os princípios éticos que orientam a produção científica, especialmente no que se refere ao sigilo, à confidencialidade e à proteção de suas histórias de vida.

A escolha de pseudônimos buscou respeitar a singularidade de cada trajetória, funcionando como uma forma simbólica de reconhecimento de suas experiências. Assim, os pseudônimos operam simultaneamente como recurso ético e como estratégia narrativa, permitindo que suas vozes sejam escutadas sem que suas identidades sejam expostas.

As histórias foram organizadas a partir do ponto onde se encontram em temas comuns, tais temas serão nossas dimensões de estudo que posteriormente nos darão subsídios para compreender a produção do cuidado, suas limitações e potencialidades.

5.4.1 Maternidades, raça, vulnerabilização social e o uso de substâncias

Diferentemente das outras três colegas de quarto, Nise não tinha em seu ventre um feto. No entanto, uma cicatriz a cortava em formato de lua logo abaixo do umbigo. Daquele rasgo em seu ventre os médicos haviam retirado uma placenta tomada por infecção, um feto morto há pelo menos uma semana, um útero e dois ovários.

Aquela cicatriz que sua avó paterna e acompanhante, dona Ana, limpava juntamente a uma trabalhadora de saúde não era a única marca que o corpo de Nise carregava.

Mulher, negra, 25 anos, usuária de crack e álcool desde os 15 anos. Segunda a avó, Nise sobrevive em situação de rua por conta do vício. Nas vezes que retorna para casa, de maneira abrupta, sem avisos, vem cada vez mais devastada. Seu corpo gemia esquálido sobre um dos leitos de saúde mental, exibindo diversas cicatrizes que cobriam sua pele, marcas de uma vida dura (Diário de campo, 07/08/2025).

Na data de 08/08/2025 encontrei Nise acordada. A febre ainda não havia cedido e a infecção ainda não havia sido controlada. Como agravante, Nise já demonstrava sintomas de abstinência. Estava impaciente, com uma sede que não passava. Acima de tudo, sentia dor. Dona Ana, ao me ver, comemorou que a neta havia acordado e estava viva.

As duas, cada uma para aplacar os sintomas e o tempo de espera imposto pelo tratamento hospitalar e para compartilhar a solidão e a dor, me contaram sobre a história de Nise, juntas.

Nise começou o uso do álcool e do crack como forma de acompanhar a mãe, que já era usuária de tais substâncias de longa data. Criada em um lar de muitos conflitos, entre um pai evangélico que queria “salvar” a mãe de suas escolhas e uma mãe que mal tinha condições de cuidar de si, Nise sobreviveu.

As experiências de racismo na escola a fizeram se afastar daquele ambiente e se aproximar dos ambientes frequentados pela mãe. Nise e dona Ana relataram que desde pequena a menina sentia uma tristeza imensa. Que mal conseguia se olhar no espelho. Na adolescência a baixa autoestima e essa tristeza fizeram Nise buscar uma saída, um alívio que fosse.

A experiência da violência do racismo deixou em Nise as marcas profundas de um sofrimento psíquico no qual ninguém ao seu redor tinha meios para cuidar. bell hooks (2019) compreende que a mulher negra foi historicamente mantida em um lugar de desumanização e que tem suas dores naturalizadas e silenciadas.

Nesse sentido, as mulheres negras experimentam muitas vezes em suas vidas a experiência não ser reconhecida em sua vulnerabilidade e em sua dor, o que provoca danos emocionais profundos e de dimensões insondáveis.

Nise começou a passar mais tempo nas ruas de seu bairro entre os 14 para 15 anos. Frequentava locais para o uso do crack e de álcool. Fez amigos, sofreu violências, descobriu como funcionava a lógica do mundo dos que sobrevivem em situação de rua e passou a pertencer, pouco a pouco, àquela realidade. Se aliviava, sorria, tinha uma vida em comunidade com outras usuárias e usuários, dividindo as dores e as necessidades.

A mãe foi embora para nunca mais voltar e Nise ficou para, até aquele momento, não sair. O uso do crack se tornou um ciclo não só pelo vício ou pelo *transtorno por uso de substância*[7], mas também como forma de aplacar as próprias vivências das violências sofridas nas ruas.

"Aguentar lembrar daquilo tudo, doutora…a mente da gente não aguenta. Agora eu uso pra esquecer. Quanto mais uso, mais coisa passo e vai ser assim até o dia d'eu morrer" (Diário de Campo, 08/08/2025). O relato de Nise nos conduz a uma citação que tomo aqui como fundamento teórico, a concepção de Maté sobre o uso de substâncias como sendo fundamentalmente uma tentativa de aplacar/cuidar de um sofrimento psíquico anterior. Segundo o autor, a partir da sua vasta experiência no campo de saúde mental:

> Essas respostas mostram que o vício não é uma escolha nem fundamentalmente uma doença. Ela se origina de uma tentativa desesperada do ser humano de resolver um

[7] A APA (2023) na quinta edição do Manual Estatístico dos Transtornos Mentais há uma importante reestruturação na categoria de Transtornos Relacionados à substância, considerando o Transtorno por usos de substâncias, mais adequado e consistente, abandonando os conceitos de "abuso químico" e "dependência química". Tal reestruturação é importante para os estudos em saúde mental e redução de danos, visto que o foco deixou de ser a ideia clássica de dependência química e passou a ser um padrão problemático de uso que causa prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo.

> problema: o problema do sofrimento emocional, do estresse avassalador, da perda de conexões, da perda de controle, de um desconforto profundo consigo mesmo. (Maté, 2024, p.15)

Seguindo a partir dessa perspectiva, podemos considerar que, dentro de determinados contextos de uso e diante da nossa atual organização social dentro de uma sociedade capitalista, patriarcal e racista que o uso de substâncias como o crack pode ser resposta para um sofrimento psíquico profundo.

O uso de substâncias será abordado, neste trabalho, não como um fenômeno redutível às categorias nosológicas dos transtornos mentais, mas como uma realidade que se origina no sofrimento psíquico e dele não pode ser dissociada. Trataremos então as necessidades decorrentes do uso de substâncias como uma questão fundamentalmente de saúde e especificamente de saúde mental.

Ao analisar a história de Nise e das outras mulheres participantes desta pesquisa precisamos também compreender a pluralidade de suas experiências subjetivas, sem nunca cairmos no erro de homogeneizar ou interpretar de maneira simplista as experiências e escolhas de vida de mulheres negras, como nós bem ensina Fátima Lima (2017).

Pontuo aqui que essa análise dos componentes históricos da biografia de Nise não visa encontrarmos o motivo, no sentido causa e efeito, para o uso de substâncias e desenvolvimento do provável transtorno por uso de substâncias.

Mas tentamos sim pontuar a partir de um ponto de vista interseccional e crítico que ao longo de sua história de vida, Nise passou por experiências que tem a ver com o nível molecular (sua família e suas experiências individuais) e atravessada por situações no lugar do molar, um sistema racista, patriarcal e capitalista que cria e reforça a morte de subjetividades.

As questões de saúde mental de Nise eram vastas e anteriores ao início do uso de substâncias. Seu sofrimento se associava às violências perpetradas a ela na caminhada de uma jovem, mulher e negra vivendo em situação de rua.

Apesar de uma década de uso de substâncias e talvez uma vida inteira com questões emocionais agudas, aquela era a primeira vez que Nise acessava um serviço de saúde mental vinculado a RAPS.

Pobre e de família evangélica que se mostra resistente a entender as questões de saúde mental, Nise não teve acesso aos serviços da RAPS anteriormente. Aquela gravidez que evolui para um aborto e depois para uma infecção grave, foi o que trouxe Nise para a RAPS. Nise foi encaminhada pela UPA ao relatar o uso de crack e a ausência do pré-natal.

Após a cirurgia de histerectomia total[8], foi referenciada e recebida nos leitos de saúde mental do hospital-maternidade. A atenção das colegas de quarto e da equipe de trabalhadores de saúde deixava dona Ana alegre e otimista. A acompanhante traçava planos para o futuro: que as duas iriam desenhar e pintar juntas os materiais que a psicóloga trazia; que após a alta iriam ao CAPS; que voltariam depois para visitar todo mundo na maternidade e dizer que Nise estava bem e recuperada.

Oliveira & Fleury (2025) ao buscarem entender as questões das necessidades decorrentes do uso de substâncias e do sofrimento psíquico a partir de olhar de gênero concluem que os fatores emocionais tendem a manter as mulheres em um ciclo de maior vulnerabilização, tornando muitas das vezes impensável a saída de tal ciclo.

Diante do discurso otimista da avó, Nise olhava para mim com desesperança e fazia uma negativa com a cabeça como quem negava tudo aquilo que a avó dizia, ciente das

8 Considerada uma das cirurgias ginecológicas mais comuns, a histerectomia total ou radical consiste na remoção cirúrgica completa do útero com o colo uterino, tubas uterinas e ovários, podendo variar de extensão de acordo com cada caso (Valhadão *et al.,* 2024).

dificuldades que enfrentaria dali por diante. Marcada por cicatrizes psíquicas e físicas, Nise me comunicava que era preciso muito mais para conseguir reabilitar sua saúde mental, ao ponto de poder *esperançar* um futuro.

As cicatrizes físicas testemunham uma história vivida. Nos corpos das usuárias dos leitos de saúde mental, majoritariamente corpos negros, as cicatrizes se inscrevem como marcas de uma existência atravessada por múltiplas violências. Mas essas mesmas cicatrizes não se reduzem ao registro do sofrimento; são, igualmente, signos de resistência, pois aqueles corpos permanecem vivos e em luta contínua para assim seguir.

5.4.2 Mulheres Enlouquecidas

Em certa data nos últimos meses de 2025, diante do Sol que decaia no horizonte na BR que me levava do Maranhão ao Piauí, e que ligava minha prática assistencial em saúde mental em hospital municipal no interior do Maranhão e meu campo de pesquisa na capital do Piauí, escutei a fala da ativista e intelectual Diva Moreira sobre saúde mental e gênero.

Diva Moreira conversou sobre sua perspectiva quanto a tais temas para o *podcast*[9] *Escute as Mais Velhas* capitaneado por Sueli Carneiro e Maria Alice Setubal (2025). Diva é símbolo da luta antimanicomial brasileira e da luta em defesa do povo negro e talvez a primeira referência brasileira a traçar um conectivo entre os dois campos em seu livro Controle e Repressão Social de 1983.

Em sua produção e importantes participações em movimentos sociais, Diva compreende a psiquiatria como instrumento de controle social e de aprofundamento de

9 Podcast é um canal de comunicação sob demanda que mescla a profundidade narrativa do radiojornalismo com a lógica de segmentação de nicho e engajamento comunitário típica das redes digitais.

desigualdades (Moreira, 1983). A partir desse ponto, a obra de Diva oferece bases para compreender como a psiquiatria opera de maneira racializada e baseada no gênero.

Após 42 anos de publicação de seu livro, a autora traz naquele episódio de *podcast* a seguinte compreensão quanto ao sofrimento mental: as mulheres, principalmente as mulheres negras, são enlaçadas em processos de adoecimento mental diante das vivências violentas em uma sociedade colonial, patriarcal e racista. Nesse sentido Diva nos oferece o seguinte conceito: *Mulheres Enlouquecidas.*

Tal conceito ressoou não só na história de Nise, mas em todas as entrevistas e vivências junto às mulheres que ocupavam os leitos de saúde mental do hospital-maternidade. No campo da saúde mental, especificamente da psicologia, o sofrimento psíquico tem sido abordado predominantemente sob perspectivas psicopatológicas, centradas na identificação de sintomas, diagnósticos e categorias clínicas (Saftler, Silva Junior e Dunker, 2018).

Tais abordagens são relevantes em determinados contextos, mas mostram insuficientes quando confrontadas com experiências de sofrimento psíquico atravessadas por marcadores estruturais as quais esta pesquisa mapeou.

Embora esta pesquisa corrobore a tese de que o sofrimento psíquico é produzido como estratégia de controle dos corpos e domesticação das subjetividades, os dados revelam que, ainda que essa produção seja coletiva, cada mulher participante do estudo organizava sua própria resistência de modo singular para seguir viva.

É essencial sustentarmos a tese de que pequenas revoluções acontecem no cosmo da realidade social, pois, mesmo em meio a teias de opressão, emergem linhas de fuga, resistência e criação de diversidade. Essa concepção se revela fundamental na medida em que contraria a ideia de passividade dos corpos, sobretudo daqueles atravessados por marcadores sociais da diferença.

Essa tese encontra respaldo na teoria da complexidade de Edgar Morin (2015). Para o autor, a realidade é tecida por interações e retroações, de modo que a opressão não se reduz a um estado estático, mas se inscreve em um campo dinâmico de forças. A resistência, nesse quadro, não é uma simples reação, mas a expressão viva da capacidade de auto-organização, uma "estratégia de sobrevivência complexa" diante do caos e das forças de controle.

Tal perspectiva dialoga, ainda, com a noção de rizoma, tal como formulada por Deleuze e Guattari e com a potência das práticas instituintes, que produzem fissuras nas práticas instituídas, abrindo espaço para o novo, o plural.

Sustentamos então que o sofrimento psíquico, nesse contexto, não pode ser compreendido apenas como desorganização intrapsíquica, mas como experiência psíquica produzida na interseção entre corpo, norma social e violência estrutural. A partir do sofrimento psíquico, as mulheres buscam na loucura formas de libertação e autonomia, produzindo uma força contra a opressão existente.

Como fica evidenciado em um trecho da fala de Celie, mulher negra, 19 anos, grávida residente do interior do estado do Piauí:

> *E a gente foi crescendo no ciclo da nossa família, da dor, entendeu? A gente nunca aprendeu a se livrar disso. Porque eu acho… eu creio que quase todas as mulheres da minha família têm ansiedade, tem depressão porque elas sentem essa tristeza. Mas como o fato delas não acreditarem que existe a depressão e a ansiedade, complica para elas, entendeu? Mas eu sei. A minha avó, quando ela começa a contar as histórias dela, é triste, muito triste. E ela passou quase pela mesma coisa que eu passei. A minha mãe, as minhas tias, minha irmã…todo mundo passou pela mesma coisa que eu passei. E o ruim delas é que nós vamos crescendo naquele ciclo. Todo tempo. Aí vamos crescendo*

tudo no meio daqueles pessoal que a gente foi abusada, no meio daquele sofrimento. (Celie, 09/08/2025).

Celie revela o ciclo transgeracional de violências sexual, física e psicológica vividas pelas mulheres de sua família. Violências essas perpetradas pelos homens de *"dentro de casa"*, expressão utilizada por Celie para se referir aos pais, avôs, tios, primos e maridos que violentaram mulheres de pelo menos três gerações, causando-lhes insondáveis impactos psicológicos.

As experiências de racismo e violência sexual foram comuns não somente a Nise e Celie, mas a todas as usuárias dos leitos de saúde mental participantes nesta pesquisa. Seus corpos ocupam precisamente um lugar de exclusão social, negras, pobres e mulheres. Foram ao longo de sua história reiteradamente expostas à violência, produzindo um sofrimento que não encontra tradução simbólica em suas vivências e irrompe em processos de extremo adoecimento.

No entanto, é justamente a expressão da loucura que Celie rompe o ciclo transgeracional de violência. Ao vagar pelas ruas, ao pedir socorro, ao expressar suas necessidades e ao afirmar seu adoecimento e sua revolta em voz alta, Celie produz uma fissura no silenciamento mantido por todas as mulheres de sua família.

As fissuras produzidas por Celie mobilizaram toda a rede de saúde do município onde ela residia, o que motivou sua transferência para os leitos de saúde mental da capital. Ao longo do relato de sua história, o serviço social do hospital-maternidade conseguiu viabilizar uma vaga em uma casa de acolhimento para mulheres.

Dessa forma, após a alta hospitalar, Celie pôde aguardar o desenrolar da gestação em um espaço seguro, o que também lhe permitiu romper com o ciclo de violência doméstica em que se encontrava.

Tendo suas vidas perpassadas pela violência, abandono familiar, social e do Estado, após apresentarem sinais identificáveis com adoecimento mental ou necessidades decorrentes do uso de substâncias essas mulheres sofrem novas opressões, novas rejeições, baseadas agora nos comportamentos que fogem da normalidade ou do esperado às categorias de gênero (Lima; 2017; Lima e Romagnoli, 2023).

Sob as óticas apresentadas, os corpos lidos como diferentes socialmente, expostos às violências se tornam outro corpo. Não somente mulheres, negras, pobres, agora *loucas*, *drogadas*, *marginais.* O cenário se torna mais complexo, pois nesse novo corpo, é possível identificar em suas histórias um ponto de ruptura com os mecanismos de produção de subjetividade social (Farias, 2017).

Nesse sentido, a loucura pode ser entendida como a expressão do sofrimento psíquico que acaba por gerar uma nova opressão e estigmatização dessas mulheres, mas também como um processo de ruptura com o silenciamento do sofrimento e das diferenças. A loucura transborda e denuncia, liberta e, portanto, é também um terreno fronteiriço, um paradoxo.

As mulheres participantes desta pesquisa, em seu *devir mulheres enlouquecidas* encontraram espaços de libertação individual, podendo nos conduzir a trilha de que o sofrimento psíquico, para além da categoria da patologia, do anormal e dos prejuízos severos que causam a essas mulheres, também promove um lugar de resistência frente a normas sociais e de sobrevivência.

Tomando emprestado os conceitos esquizoanalíticos de agenciamento coletivo e agenciamento maquínico (Deleuze e Guattari, 1997) irei buscar tensionar a forma como compreendemos enquanto ciências de saúde mental o sofrimento psíquico.

Os agenciamentos são, segundo a esquizoanálise, os resultados das relações entre diferentes elementos. Por sua vez, existem dois tipos de agenciamentos: 01) os agenciamentos

coletivos, que compreendem o discurso hegemônico, as leis, as instituições, a cultura; 02) os agenciamentos coletivos, que compreendem as subjetividades, os afetos, os ritmos e as intensidades (Deleuze e Guattari, 1997).

Nesse sentido, o corpo, o sujeito é atravessado transversalmente por duas esferas produtoras de subjetividade, o que nos leva a compreensão de que o sujeito não é apenas algo entre o normal e o patológico, o certo eo errado, o moral ou o imoral, mas algo muito mais complexo e múltiplo.

De acordo com o documento que baliza os diagnósticos e tratamentos de transtorno mentais, O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, em sua 5ª edição, os transtornos mentais são caracterizados como:

> Síndrome causada por perturbações clinicamente significativas na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos. Os transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidades significativas que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes. (Associação Psiquiátrica Americana, 2023, p. 20)

A caracterização descrita acima busca criar uma grande categoria que abarca o sofrimento psíquico quando este irrompe em prejuízos significativos na vida do sujeito. No entanto, o sofrimento psíquico não se restringe apenas a categorias e subcategorias que são formadas por sua por listas de critérios, e é a partir disso que iremos articular a literatura de saúde mental tradicional (o DSM V-TR) e os conceitos esquizionalíticos apresentados para alcançarmos uma compreensão que abarque as sutilezas e complexidades da vida.

Podemos então compreender o sofrimento psíquico pode ser produzido em um agenciamento coletivo, isto significa que a partir das relações entre normas, instituições e

cultura, onde terá um carácter correspondente às categorias dos manuais estatísticos e se enquadrar como uma desordem patológica.

No entanto, os movimentos dos afetos e a dimensão subjetiva da experiência também tornam possível um agenciamento maquínico, relacionado à produção de modos múltiplos de vida, que aqui aproximamos daquilo que nomeamos loucura. Nessa perspectiva, a loucura remete também aos modos de existência produzidos a partir do sofrimento psíquico.

Buscamos aqui ampliar a compreensão do sofrimento psíquico não somente apenas como algo da categoria do adoecimento ou uma anormalidade, sem, no entanto, negar a característica do sofrimento psíquico de gerar prejuízos à vida da pessoa.

Podemos compreender melhora a loucura como modo de produção e expressão de subjetividades ao que veremos na história de Adelina:

> Adelina, uma mulher pequena, grávida, caminhava pelo corredor localizado frente às enfermarias de saúde mental abordando todos que passavam por ela com seu discurso circular: *"Eu morri e vivi. Agora vou morrê de novo. De novo"*. Enquanto repetia a frase, apontava para uma cicatriz que se iniciava logo abaixo da garganta e terminava em sua blusa puída de alcinha (Diário de Campo, 11/10/2025).

Adelina, mulher, negra, 33 anos, grávida e residente do interior do estado. Encontrava-se em sua quinta gestação, apesar de apresentar cardiopatia grave e já ter sido submetida a uma cirurgia que lhe deixou uma cicatriz do pescoço ao umbigo.

A cirurgia foi realizada após seu último parto. Segundo Adelina, em seu discurso circular *"eram pra tê ligado, mas mentiram pra mim, doutora. Agora olha o tamanho do bucho"* (Adelina, 11/10/2025*).* Adelina chorou, gritou e desferiu socos em direção a sua barriga de gestante.

Adelina foi caracterizada pela equipe como “agitada”, pois não ficava deitada no leito direcionado a ela e não parava de repetir sua história. Além disso, havia o risco iminente de Adelina se machucar e machucar o feto.

A cardiopatia, o sofrimento psíquico, os filhos que o marido cuidava enquanto trabalhava *“nas palha”*[10]. Adelina repetia para não esquecermos dela como a família consanguínea esqueceu, pois foi abandonada ainda criança quando a mãe percebeu que ela era “*diferente*”, como me contou a *comadre* que a acompanhava.

Para não esquecermos como a equipe em seu último parto, no meio da urgência cardiológica, *“esqueceu”* de fazer a cirurgia de laqueadura. Ou mesmo como ela foi esquecida na fila de regulação de leitos para a cirurgia de laqueadura posteriormente. Ou como a equipe da Atenção Primária e o CAPS responsável pelo território onde Adelina mora havia *“esquecido”* de orientar a mulher e seu marido quanto a métodos contraceptivos, a qual até aquele momento ela não conhecia.

Analisando os caminhos que Adelina traçou no SUS, podemos notar as descontinuidades do cuidado em saúde e falta de conexão entre as redes de saúde. Adelina repetia para a sua forma, lutar pelos seus direitos sexuais e reprodutivos, pelo seu direito à vida e à saúde.

Adelina lutava para permanecer viva e retomar sua rotina da qual tanto gostava: ir ao rio lavar roupa com as crianças, namorar com seu marido, conversar com suas amigas vizinhas, deixar a casa limpinha, escutar louvor, brincar com seus filhos e com os filhos das amigas.

---

10 A participante se refere à atividade laboral de extração da palha da Carnaubeira, palmeira símbolo do Piauí. A palha da Carnaubeira é utilizada para diversos fins como o artesanato e para a feitura da cera de carnaúba utilizada principalmente pela indústria.

Com seu caminho atravessado por diferentes níveis de abandono e violências, Adelina criou em seu discurso e no seu comportamento um meio de ser lembrada, de ser amparada. Mas tal artifício não a poupa da dor do sofrimento que carregava.

Não tardou para que o abandono se repetisse no cenário dos leitos. A *comadre* a qual acompanhava precisou comparecer a uma audiência com o filho adolescente, que enfrentava uma questão judicial. A acompanhante de Adelina voltou para o interior no mesmo dia, e a mulher ficou sozinha.

Agora em seu discurso adicionava: *"minha comadre foi embora, não tem ninguém comigo. Meu marido não pode ficar, tá cuidando dos menino e trabalhando nas palha. Eu não tenho mais ninguém" (*Diário de Campo 11/10/2025).

O histórico de vida perpassado pela violência e pela questão de raça foram temas comuns a todas as participantes da pesquisa. Para além, o fator do abandono é algo que se repete nas histórias dessas mulheres.

Em uma pesquisa sobre saúde mental em gestantes acompanhadas por um CAPS do Distrito Federal, as autoras constataram a ausência de linha de cuidados para essas mulheres e suas especificidades e que essa ausência acentua e ratifica o abandono e a vulnerabilização vivida por essas mulheres também em âmbitos individuais (Moreira, Fernandes e Arrais, 2024).

Portanto, a experiência do abandono é vivida em diferentes níveis e intensidades nos âmbitos individual (relações familiares, relações íntimas) e coletivo (instituições, sociedade) por essas mulheres. As mulheres que ocuparam os leitos de saúde mental experimentam uma experiência psíquica e somática de constante alerta, apavoradas diante da certeza de que em qualquer momento um novo abandono viria.

As experiências traumáticas vividas pelas participantes desta pesquisa, sejam experiências de violência sexual, violência física, psicológica, privação de direitos, o abandono

e negligência em diferentes instâncias, moldaram não somente a formação psíquica dessas mulheres, mas também seu modo de ler o mundo e de se comunicar com ele.

Kolk (2020) em um extenso estudo sobre o trauma, concluiu que a experiência traumática deixa marcas na experiência de vida da pessoa sobrevivente, marcas essas que se expressam de maneira psíquica, mas também somática e comportamental.

O autor também concluiu a partir de testagem que a pessoa traumatiza tende a "projetar seus traumas em tudo que as cerca, e têm dificuldades em decifrar o que ocorre à sua volta" (Kolk, 2020, p. 25), tal conclusão é evidenciada com bastante nitidez no caso de Adelina.

O discurso repetitivo não foi um meio de expressão exclusivo de Adelina nos leitos de saúde mental, tampouco esse meio não é a única maneira de lidar com os traumas e se comunicar com o mundo. É riquíssimo analisar os meios como as participantes da pesquisa, a partir de suas subjetividades, criam diferentes loucuras, ou melhor, técnicas e modos de vida baseados em como lidar com o trauma.

Alguns dos meios reconhecidos nesta pesquisa são autodestrutivos como o uso de substância psicoativa ou a manutenção de relações baseadas na dependência emocional/financeira e na violência, outros produzem força e vida como a solidariedade compartilhada entre aquelas mulheres.

Iremos aprofundar nos meios que essas mulheres criam a partir da reinvenção de si e dos seus modos de vida, pois acreditamos ser um dos fatores mais centrais para posterior operacionalização do cuidado.

Na história de Estamira, mulher negra, 32 anos, a violência pode ser compreendida como um dos meios de dar vazão ao sofrimento psíquico criado pela carga traumática de vida. Nascida em região periférica da capital do Piauí, presenciou a tortura e morte do irmão mais novo por integrantes de grupo rival de tráfico de drogas, quando ela tinha apenas 12 anos.

O irmão havia entrado no tráfico para alimentar a família. Quando foi assassinado, a situação econômica da família, já precária, declinou. Estamira presenciou a fome, a exploração sexual quando ainda criança, as drogas e a violência truculenta dos companheiros amorosos com quem se relacionou.

Ao longo de sua vida, Estamira cometeu três assassinatos entre a adolescência e a vida de jovem adulta, além de vários crimes de lesão corporal ao longo da vida, inclusive contra o marido, com quem manteve um casamento de 17 anos e teve três filhos.

Estamira relata que ouve vozes e que sente impulsos fortíssimos, quando consegue voltar para si, já realizou atos que em sua concepção são terríveis. Já iniciou e abandonou diversas vezes o tratamento em saúde mental junto ao CAPS do seu território. Em sua história escassa de cuidados, Estamira foi violentada e violentou de diferentes maneiras.

Estamira relatou o seu atual relacionamento com bastante dualidade. Por um lado, uma forte dependência, por outro, um companheiro que a machuca, a trai e reforça os traumas vividos anteriormente. Ainda segundo Kolk (2020), "o terror aumenta a necessidade de apego, muito embora a fonte de conforto seja também a fonte de terror" (p. 161).

Os estudos encontrados que relacionam violência, gênero e transtornos mentais buscam explicações psicopatológicas para os comportamentos violentos, no entanto se faz necessário um olhar mais sutil para tal fenômeno (Valença *et al.*, 2010).

Autores que estudam os temas de comportamentos violentos e gênero identificam que, diferentemente da população em geral, na qual os homens cometem mais atos violentos, quando comparados homens e mulheres com transtorno mental, os dados se aproximam bastante, indicando que mulheres com transtorno mental recorrem mais a comportamentos violentos e estabelecidos como criminosos (Valença et al, 2010).

Tais dados podem ser avaliados também de maneira inversa, mulheres que se apropriam da violência como maneira de resposta às situações opressoras vividas são comumente lidas a partir de um olhar patologizante, tendo em vista que socialmente não se espera que mulheres revidem, se defendam ou reagem de maneira violenta.

A fome e a violência estiveram em diferentes momentos na história de vida de Estamira lhe negando o direito à vida. Um dos meios que encontrou para escapar da certeza da morte, da impotência, foi reivindicar seu lugar de lutadora, de feroz. Assim, Estamira escapa da lógica de vítima, passiva, e se agarra com unhas e dentes no lugar de sobrevivente à margem do mundo.

Apesar de criar uma linha de fuga e conseguir sobreviver, aos 37 anos, Estamira enfrenta o olhar duro da sociedade para si, por ser uma mulher que foge à norma imposta, do ser gentil, doce, passiva e entre outros estigmas silenciadores e aprisionantes.

Estamira é considerada por alguns trabalhadores das enfermarias de saúde mental como "difícil e perigosa". Quando a mulher foge do que é permitido socialmente na performance de gênero, ela é imediatamente afastada dos meios de cuidado e aproximada dos meios de controle e coerção (Zanello & Andrade, 2014; Zanello & Silva, 2012).

Pretendemos então aqui que a loucura seja lida como estratégia de sobrevivência e de vazão do sofrimento psíquico, que busca em seus meios mirabolantes a libertação. Após a entrevista com Estamira, foram registradas as seguintes reflexões:

> *"É bom ter com quem conversar, mas você vai se assustar com minha história´´,* me disse Estamira fazendo o alongamento do sapinho no chão da enfermaria de saúde mental. Estava em trabalho de parto e me convidou a realizar a entrevista naquele momento. Não, Estamira, eu não me assustei com você ou com sua história. Na verdade, senti em mim o profundo desamparo de uma menina que perdeu tão cedo sua figura de

> referência e cuidado e que, desde então, busca desesperadamente uma gambiarra, seja a droga ou outras relações de dependência e violência, para suprir esse vazio insaciável. Sinto sua raiva, a revolta com o mundo. Sinto muito, Estamira. (Diário de Campo, 09/08/2025)

5.4.3 Solidariedade e vínculo entre mulheres como forma de resistência

As usuárias em suas rotinas nos leitos do hospital-maternidade de imediato identificavam e construíram alianças com quem simpatizava e com quem comungavam semelhanças e diferenças. Em algum momento de suas vidas, as usuárias dos leitos de saúde mental participantes desta pesquisa aprenderam a desenvolver teias de solidariedade entre outras mulheres, o que as mantêm fortalecidas em seus viveres.

É importante analisarmos o conceito de solidariedade de maneira política, tendo em vista que no processo de colonização, esta foi uma ferramenta destruída pelo colonizador, como meio de desmantelar os modos de vida e estruturação social dos povos colonizados. A partir da subjugação e da violência das mulheres de cor, o colonizador consegue romper com a lógica de cooperativismo e coletividade (Mendoza, 2019).

A persistência do colonialismo e a profundidade de suas garras em nossa sociedade brasileira, causa o distanciamento, a fragmentação dos vínculos sociais, permeando a lógica individualista e abandonante.

Todavia, nos leitos de saúde mental e nas histórias de vida das mulheres que participaram desta pesquisa, a solidariedade persiste como forma de sobrevivência e de resistência. As participantes da pesquisa usuárias dos leitos se cuidavam entre si. Estão descritos abaixo alguns exemplos registrados no Diário de Campo:

> Stela, usuária de um dos leitos de saúde mental vinha acompanhada de seu marido, Maurício. Adentramos na Unidade Intensiva Neonatal UTIN. Maurício traz consigo um pacote de fraldas tamanho "recém-nascido". Passou a noite catando latinha para conseguir o valor das fraldas. No entanto, as fraldas não servem no bebê que está conectado por pelo menos seis fios em diferentes máquinas ao redor da incubadora. Luizinho é muito grande. Sua mãe e pai ficaram preocupados, pois o pacote custou caro e a UTIN estava sem fraldas para doação. Mas a solução surge de imediato. Uma mãe que estava com seu pequeno bebê no peito nos reconheceu, mesmo estando os três com máscara e touca. É Tati, uma paciente que foi usuária do leito de saúde mental, mas tinha sido transferida para as enfermarias Canguru. O bebê de Tati, antes tido como inviável por conta de uma série de malformações devido ao uso de álcool e medicações psicotrópicas contraindicadas durante a gestação, precisou retornar a UTIN por conta de uma nova cirurgia. Tati estava em um leito convencional enquanto aguardava ansiosa a saída do filho da UTIN, pois não havia vagas nos leitos de saúde mental. Tati nos dá essas atualizações de maneira rápida e animada, afinal, estava se sentindo sozinha, pois as novas companheiras de enfermaria tinham medo de Tati. Durante a conversa, Tati, Stela e Maurício se atualizam do que tinha acontecido nas últimas semanas, até que em um momento a mulher relata que havia escutado a nossa conversa sobre as fraldas não servirem em Luizinho e que queria as fraldas de recém-nascido em troca de um pacote de fraldas tamanho pequeno que tinha, pois seu bebê era pequeno e ainda usava fraldas menores. (Diário de Campo, 05/09/2025)

Na cena relatada, em meio a uma Unidade Intensiva Neonatal fria e tensa, as duas mulheres se reconheceram e a partir do vínculo fizeram uma troca que garantiria que por alguns

dias o bebê de Stela teria fraldas sequinhas. A cena não era exceção nas enfermarias de saúde mental.

As mulheres e seus acompanhantes trocavam peças de enxovais, bordavam e costuravam umas para as outras, ajudavam as colegas de enfermaria a ir ao banheiro ou mesmo se incentivavam a se alimentar bem e beber água.

Em outro momento, levei ao campo dois estojos com lápis de cor, adesivos coloridos, giz de cera e pincel hidrocor, pois a equipe de psicologia fazia bastante atividades com desenhos e pinturas nas enfermarias de saúde mental. No entanto, a maternidade oferecia apenas pequenos giz de cera em 06 cores, algo bem limitado para toda criatividade e vontade de colorir que aquelas mulheres carregavam em si.

Ao levar os dois estojos, que eu tinha em mente de compartilhar um com cada enfermaria, alguns trabalhadores de saúde me "alertaram" o seguinte: *"é bom você dividir e dar algumas cores uma para cada uma. Se você deixar o estojo para elas vai dar briga"*. Ainda no espaço de repouso dos trabalhadores, recebi uma série de recomendações e advertências sobre não deixar apontador e que não era seguro deixar lápis de madeira com as mulheres, pois eram "*instáveis*".

É interessante pensar que em um ambiente com agulhas, mangueiras, bisturis e entre outras ferramentas um lápis de cor pareça ameaçador. Desobedeci às orientações, pois não via aquelas mulheres pelo mesmo prisma. Eu as via compartilhando o que tinham e vivendo em uma coletividade.

Nas duas enfermarias, coloquei o estojo em uma mesinha no centro e me afastei, informando que havia trazido materiais de pintura e desenho. O comportamento foi o mesmo: as mulheres organizaram suas mesinhas de alimentação ao redor do leito da que estava mais debilitada e compartilharam os materiais sorrindo, desenhando e pintando.

As mulheres usuárias dos leitos de saúde mental davam prova a todo tempo a capacidade de autonomia e autogestão coletiva. Os acompanhantes daquelas mulheres se mostravam como testemunhas de suas histórias e defensores de seus direitos. Em muitos dos casos, o acompanhante era um dos poucos vínculos seguros fortalecedores em seus territórios.

As usuárias dos leitos de saúde mental e seus acompanhantes se conectam com facilidade nas enfermarias de saúde mental, pois sabiam que estavam entre *"os seus"*. Como disse um dia Stela: *"Aqui não tem um normal, Graças a deus!"* (Diário de Campo, 11/09/2025). Naqueles leitos não se sentiam radicalmente diferentes e inadequadas, como referiam se sentir em seus territórios, pelo contrário, ali, diante das outras insistiam em procurar semelhanças entre as histórias mais diversas.

As cicatrizes e movimentos de vida dessas mulheres, que são o centro do cuidado a qual iremos aprofundar, devem ser reivindicadas ao lugar de centralidade de toda construção. Entre uma RAPS fragmentada e uma Rede Alyne que ainda não as reconhece plenamente, essas mulheres persistem e se refazem nos leitos de saúde mental.

5.4.4 A maternidade e seus significados

No que toca o significado da maternidade para as mulheres que ocupavam os leitos de saúde mental, na grande maioria dos casos significava a garantia de acesso a um serviço de maior qualidade e com maior atenção a suas demandas, pois de imediato, diante de suas especificidades quanto ao sofrimento psíquico e/ou uso de substância, foram encaminhadas para o hospital-maternidade.

As mulheres usuárias dos leitos de saúde mental em sua maioria não faziam acompanhamento na Unidade Básica de Saúde- UBS de seus territórios e não eram também

acompanhadas pelo CAPS. O fenômeno da gravidez fazia com que ou a rede de apoio ou elas mesmas buscassem locais de referência de cuidado do SUS, as vinculado à rede do território.

Ao mesmo tempo que podemos perceber esse dado da gravidez como um fator que direciona as mulheres ao acesso à saúde, também é possível identificar que anteriormente à existência da condição de gravidez essas mulheres não eram acompanhadas pelos dispositivos de saúde do SUS, um dado preocupante.

Jucá e Barbosa (2023) problematizam a invisibilidade das mulheres em sofrimento psíquico no âmbito dos dispositivos de saúde, evidenciando as dificuldades de integrar, de forma efetiva, as dimensões de gênero, saúde da mulher, maternidade e saúde mental nas práticas do SUS.

Essa invisibilidade se torna mais acentuada quando atravessada por marcadores raciais, especialmente no caso de mulheres negras, e pelas condições de extrema vulnerabilização social que caracterizam a realidade de muitas usuárias dos serviços públicos de saúde (Conceição, et. al, 2022; Mattar & Diniz, 2012).

Para além da questão da maternidade diante dos serviços de saúde do SUS, a maternidade para as mulheres usuárias dos leitos de saúde mental tinha muitas das vezes um significado de resgate de si e de um novo recomeço. Pois ao engravidarem recebiam socialmente maior cuidado e maior atenção e poderiam se fortalecer a partir disso.

O conceito de discurso *Maternalista*, conforme formulado por Iaconelli (2023), se refere ao processo de idealização e naturalização da maternidade como elemento constitutivo da identidade da mulher. Neste enquadramento, a maternidade é socialmente construída como destino e dever das mulheres, operando como um imperativo normativo.

A partir dessa perspectiva, é possível compreender que a condição de gestação pode produzir um deslocamento simbólico, conferindo visibilidade e reconhecimento social a mulheres previamente negligenciadas pelo Estado.

Assim, a gravidez passa a instituir, ainda que de forma provisória, um lugar de maior atenção e legitimidade, associado ao valor social atribuído à vida em gestação. Também é fundamental considerar a existência de casos em que mulheres usuárias de leitos de saúde mental manifestam rejeição à gestação, vivenciando a maternidade como um fator de agravamento em contextos já marcados pela precarização, como nos casos de Adelina e de Nise.

Nessas situações, se faz observável a limitação do acesso a informações qualificadas e a métodos contraceptivos seguros, o que evidencia fragilidades na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Diante de tal fragilidade, a maternidade pode assumir o caráter de um destino imposto, revelando a restrição da autonomia dessas mulheres sobre seus próprios corpos e escolhas, bem como a insuficiência de acesso a cuidados integrais em saúde.

As histórias, conceitos e argumentações aqui apresentados constituem o alicerce para refletirmos sobre o cuidado ofertado a essas mulheres e a seus acompanhantes nos leitos de saúde mental em contexto de hospital-maternidade. Ao mesmo tempo, orientam a construção de propostas de ação em saúde que reconheçam e incorporem suas vivências e narrativas, fortalecendo práticas que articulem, de forma sensível e integrada, saúde mental, mulheres e maternidade.

5.5 Estilhaços: entre vínculos precarizados e o cuidado possível

Acompanhar os processos de produção de cuidado e o cotidiano assistencial dos leitos de saúde mental em Hospital-Maternidade se revelou um processo ambíguo e bastante desafiador. Embora fossem evidentes inúmeros aspectos construtivos e experiências exitosas

no campo, também identificamos diversos obstáculos ou mesmo pontos de retrocesso onde a marca do ato manicomial se atualiza em novas roupagens.

Essa dualidade entre avanços e dificuldades caracteriza a dinâmica dos dispositivos de saúde mental do SUS. O trabalho com o sofrimento psíquico em contextos de vulnerabilização social exige diálogo constante entre as equipes multiprofissionais e abertura para os desafios que se apresentam no cotidiano do cuidado em saúde mental (Almeida e Merhy, 2020).

Foram muitas as cenas vividas em que experimentei, enquanto mulher, pesquisadora e psicóloga, com bastante desconforto e revolta. Da mesma forma, foram múltiplas também as experiências de profunda admiração pelo trabalho desempenhado diante dos meus olhos e pelos resultados positivos advindos das práticas desenvolvidas.

5.5.1 Tensões institucionais entre a RAPS, o hospital-maternidade e gestão hospitalar

Ao acompanhar a operacionalização do cuidado por parte dos trabalhadores de saúde percebi vínculo e tempo como variáveis preciosas para compreendermos o processo de saúde nos leitos de saúde mental. Usarei esses dois primeiros conceitos como chaves para iniciarmos o mergulho no cotidiano assistencial.

> A rotina se inicia com um aglomerado de internos de medicina em meio às evoluções e prescrições dos pacientes que acompanham. Diante da ilha, os internos discutem entre si e trocam papéis. As técnicas de enfermagem correm de um lado a outro. As duas enfermeiras estão submersas no sistema online nos computadores que ficam do outro lado da ilha. Percebo então que, nas janelas de período que observo e estou presente no ponto de encontro da equipe, não há discussão dos casos. Cada trabalhador, dentro da especificidade de seu trabalho, toma as devidas atitudes e decisões. Os médicos, internos e residentes conversam apenas entre si. As enfermeiras debatem entre si. As

> técnicas conversam entre si. Os nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais pousam e voam, pois geralmente são responsáveis por mais leitos e outros andares. Todos correm de um lado a outro. Até as falas são rápidas. O ponto de contato entre suas percepções e decisões sobre os casos são os prontuários, que tem formato eletrônico e físico. Não os vejo tirando dúvidas, debatendo sobre as decisões, questionando. Os trabalhadores de saúde se diluem, se dividem, se fragmentam em uma média de 40(quarenta) a 60 (sessenta) leitos. Em meio ao grande quantitativo flutuam ali os 08 (oito) leitos de saúde mental. (Diário de Campo, 05/09/2025)

O trecho extraído do Diário de Campo delineia o contexto do cotidiano dos trabalhadores. Foi evidenciado que os trabalhadores de saúde do hospital-maternidade apresentam diferentes vínculos empregatícios: uma parcela possui vínculo estável, decorrente da aprovação em concurso público; outra parte significativa é contratada sob o regime celetista; e há ainda aqueles que atuam como prestadores de serviço por meio de pessoa jurídica junto ao hospital-maternidade.

Apesar das distintas formas de vínculo empregatício, existe uma percepção em comum entre todos os participantes trabalhadores de saúde foi a percepção de instabilidade em relação aos seus cargos, manifestada pelo receio constante de demissão ou realocação. Ao que podemos traduzir, há uma instabilidade e uma insegurança constante no vínculo entre os trabalhadores de saúde e a instituição.

Tal percepção de insegurança nos vínculos entre trabalhadores de saúde e instituição influencia diretamente a produção do cuidado. Para tal conclusão, partimos aqui da compreensão fundamentada em Franco e Merhy (2013) de que a produção em saúde é uma produção subjetiva, na qual os afetos, corpos e individualidades presentes no processo configuram o cuidado que será efetivamente oferecido.

Dessa forma, as condições laborais e organizacionais impactam não apenas a dimensão técnica, mas também a dimensão relacional e subjetiva do cuidado em saúde. A precarização do trabalho atua diretamente na potência dos vínculos dentro do espaço da produção de cuidado nos leitos de saúde mental.

O movimento de transferência da insegurança e instabilidade do vínculo para o cuidado em saúde foi notado em muitos momentos, mas principalmente em relação ao pouco tempo para desenvolvimento e aplicação de projetos terapêuticos e o escasso tempo para a vinculação com as usuárias dos leitos e suas demandas.

Nesse caminhar, podemos entender que quanto mais subalternizados pela lógica capitalista e produtivista, bastante ensejada pelas Organizações Público-Privadas em saúde, menos dispostos ao vínculo estarão os trabalhadores e menos tempo terão para trabalhar a operacionalização do cuidado (Franco e Merhy 2013).

Uma das trabalhadoras de saúde que atua no hospital-maternidade desde o ano de 2015 consegue traçar uma perspectiva do antes e depois da gestão privatizada e seus efeitos no cuidado:

> *Eu vejo assim muita diferença entre a antiga maternidade (gerida pelo SUS) o novo prédio e a nova gestão (gestão privada). Antes havia mais acolhimento, havia mais atenção aos leitos RAPS, mais preocupação assim por parte dos gestores, coordenadores. Com a nova gestão, os protocolos e as burocracias passam por cima da necessidade das pacientes e da equipe. Você tem que fazer o que tá na prescrição do médico e o que tá no protocolo operacional padrão, porque não pode demorar, tem que produzir. As RAPS e as outras demandas é muita coisa. Antes era só RAPS. Agora é muita demanda junta. Dá pra aguentar a RAPS e as outras mulheres até chegar às pacientes "realmente graves", agitadas, agressivas… Aí não tem como mais, porque*

exige muita atenção, muita paciência. Mas e o tempo? e as outras mulheres? (Trabalhadora 1, 11/09/2025).

A fala da trabalhadora de saúde participante da pesquisa possibilita compreender, a partir de seu olhar construído ao longo de mais de uma década de atuação no hospital-maternidade, como o trabalho em saúde vem sendo atravessado pelas demandas de uma gestão privada.

Essa percepção se torna especialmente relevante quando pensamos na produção do cuidado, uma vez que evidencia de que maneira os vínculos entre instituição, gestão e trabalhadores incidem diretamente sobre a forma como o cuidado em saúde é ofertado.

No entanto, esta pesquisa não se propõe a aprofundar a análise das diferenças entre os modelos público e privado no âmbito do SUS. Ainda assim, é importante reconhecer a existência dessas distinções e considerar que elas influenciam os resultados que estão sendo analisados neste estudo.

As palavras-chaves escolhidas para compreender o processo de cuidado nos leitos de saúde mental, tempo e vínculo, apareceram reiterada vezes nas entrevistas individuais com os trabalhadores de saúde. Em sua percepção como operadores do cuidado, as usuárias dos leitos de saúde mental precisam de ações que pedem por mais tempo de internação, para que consigam operacionalizar os projetos terapêuticos de maneira eficiente e que se tenha tempo para essas mulheres e seus acompanhantes sejam fortalecidos para voltarem a seus territórios.

Os trabalhadores de saúde percebem que muitas das usuárias dos leitos têm alta do tratamento hospitalar e são referenciadas para outros serviços antes de finalizar o ciclo de cuidado.

Atualmente é raro as pacientes permanecerem por meses, como acontecia antes da gestão privada. Voltam para seus lares, para ruas ou para dispositivos de saúde ainda fragilizados.

A fala de outra trabalhadora de saúde nos ajuda a compreender a dificuldade em se pensar uma alta de usuária de leitos de saúde mental quando não há uma continuidade do cuidado os esperando em seus territórios:

> *Muitos estão aqui sem família e consequentemente a gente, quando a gente vai acionar a rede, às vezes a rede, ela não funciona de forma eficaz, né? Da forma como tem que ser. E aí a gente tem muita essa dificuldade, né? Que não tem como a gente também tá saindo da maternidade para ir acessar fora. O nosso braço é a rede, né? A rede fora ali, a rede local. E a gente tem essa dificuldade.* (Trabalhadora 2, 07/09/2025)

A trabalhadora de saúde expõe uma realidade dolorosa: as redes de saúde do território são os braços do trabalho em saúde, no entanto, esses por muitas vezes se encontram indisponíveis ao contato e o acompanhamento em conjunto das demandas de saúde mental, revelando uma alta fragmentariedade do processo de cuidado nos dispositivos do SUS.

A fragmentação dos processos de cuidado em saúde e descontinuidade das ações em saúde são fatores que compõem os principais desafios SUS em todo o Brasil (da Costa, et al, 2025).

Na realidade do hospital-maternidade, se faz possível observar que há uma demanda de "agilidade" no tratamento hospitalar para que o leito seja liberado e crie uma rotatividade de leitos, abrindo assim vagas para novas internações, algo que se liga à demanda de alta produtividade.

No entanto, quando estamos falando de cuidado em saúde mental e de mulheres em sofrimento psíquico em que historicamente possuem vínculos fragilizados com redes de apoio

e são abandonadas pelos dispositivos de saúde, o processo de alta precisa ser repensado para que não caiamos no abandono (Barbosa, et al 2023; Jorge, et al, 2022; Carvalho & Barbosa, 2023).

A demanda de produtividade e agilidade no tratamento, com pouco tempo e vínculo disponíveis enseja uma produção de cuidado centrada no ato prescritivo do médico e em tecnologias interventivas protocoladas operadas pelos trabalhadores de maneira automática, sem consideração das singularidades de cada caso, produzindo intervenção focadas nos sintomas, ao que Franco e Merhy (2013) nomeiam de um Trabalho Morto.

Na rotina acompanhada, foram identificadas a predominância do núcleo tecnológico do Trabalho Morto. No núcleo do Trabalho Morto as tecnologias usadas são em sua maioria as tecnologias duras como maquinários, medicações, instrumentos e protocolos facilmente aplicáveis em larga escala e que exigem pouco ou nenhum vínculo ou consideração com a subjetividades dos usuários do serviço (Franco e Merhy, 2013).

Em contrapartida ao Trabalho Morto, o Trabalho Vivo faz referência ao núcleo tecnológico do cuidado que se constitui a partir das relações estabelecidas no ecossistema do trabalho em saúde. O Trabalho Vivo trata de uma dimensão que mobiliza a criatividade e a atenção às especificidades de cada sujeito, produzindo o cuidado por meio de decisões e contratos coletivos.

No movimento do Trabalho Vivo acontece o deslocamento da centralidade do poder biomédico, conferindo maior autonomia às relações construídas no campo e sustentando o fazer em saúde, sobretudo, nas chamadas tecnologias leves — aquelas que se atualizam no encontro, sendo atravessadas por adaptações, afetos e pela singularidade das situações (Franco e Merhy, 2013).

5.5.2 Tecnologias de cuidado e inventividade

Na esteira das transformações promovidas pela reforma psiquiátrica, o modelo alternativo ao trabalho em saúde foi o da Reabilitação Psicossocial. É nesse horizonte que se insere a discussão sobre as tecnologias do cuidado, sobretudo no âmbito da saúde coletiva e da saúde mental

Para Saraceno (1998), a Reabilitação Psicossocial propõe que o trabalho em saúde mental seja concebido a partir da articulação dinâmica entre os serviços, o território e os usuários. Essa tríade relacional visa, em primeiro lugar, facilitar aos sujeitos atendidos a produção de sentidos sobre si mesmos e sobre o mundo que os cerca. Em segundo lugar, e como desdobramento fundamental desse processo, é buscado fomentar a contratualidade de cidadão.

Dessa perspectiva, a Reabilitação Psicossocial não se restringe ao cuidado das intermitências do sofrimento psíquico, mas se estende à própria tessitura do lugar de cidadão que o sujeito pode ocupar no interior do serviço e na comunidade (Saraceno, 1988).

Em Nise da Silveira, o trabalho em saúde mental, pautado na reabilitação psicossocial, se fundamenta na superação da lógica hospitalocêntrica e biologizante do consultório tradicional, em prol da construção de atividades grupais de caráter expressivo, laboral e cultural (Silveira, 1986).

As chamadas atividades por Nise são tecnologias de trabalho em saúde mental que usam de atividades manuais, expressivas, artísticas como forma de trabalhar habilidade sociais e afetivas espaço para expressão de subjetividade e abertura para elaboração do sofrimento, além de fortalecerem os usuários para a construção de seu espaço de cidadão, de sujeito de direitos que pertence a um território.

Logo, se o sofrimento psíquico é compreendido como uma produção política, o cuidado a ele dirigido deve igualmente ser revestido desse caráter político, se orientando para a reconstrução do território existencial do sujeito enquanto agente produtor de significados.

Ao confluirmos as ideias e práticas de Saraceno (1988) e Nise (1986), podemos pensar tecnologias que sejam capazes de produzir um cuidado emancipador baseado na Reabilitação Psicossocial.

Uma tecnologia de cuidado que orienta a produção em saúde frente ao usuário se denomina Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma ferramenta central para a organização do cuidado. A partir de sua compreensão, é possível aprofundar a análise da produção do cuidado em ato, tal como acompanhada no contexto do hospital-maternidade.

De acordo com a legislação 3.088 de 2011 (Brasil, 2011), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o eixo central para o desenvolvimento da lógica do cuidado diante de questões de saúde mental. A mesma legislação ainda confere que o cuidado nos leitos de saúde mental em HG deve ser articulado juntamente ao PTS desenvolvido pelo dispositivo de saúde de referência do usuário (Brasil, 2011).

No entanto, a mesma legislação não deixa explícita a importância da criação de um Projeto Terapêutico Singular dentro do próprio serviço de leitos de saúde mental em HG, algo que pode ser produtivo e eficiente se pensarmos no conceito do PTS.

De acordo com Pinto et al (2011) o PTS é uma ferramenta construída a partir das necessidades do usuário e especificidades de sua vida para a criação de estratégias de cuidado que serão desenhadas dentro do dispositivo de saúde de referência como o CAPS ou a UBS.

O PTS cria uma corresponsabilização pelo cuidado e define estratégias e ações de acordo com as necessidades do usuário, portanto ele é um elemento que pode contribuir para a construção de um trabalho focado na Reabilitação Psicossocial.

Dentro do hospital-maternidade foi evidenciado que existe a realização do Projeto Terapêutico Singular operando dentro das questões de limitação de tempo da permanência de cada usuária, mas de maneira sutil e individualizada a cada trabalhador.

Um dos fatores que dificulta a criação de um PTS nas enfermarias de saúde mental do hospital-maternidade diz sobre o caráter pontual e estratégico dos leitos de saúde mental em HG. Esses não são serviços territorializados, portanto, o tempo de permanência de cada usuária é único e pouco previsível além de não haver um caráter relacional entre comunidade e o hospital, diferentemente dos serviços da atenção primária em saúde.

Outro fator que dificulta a criação de um PTS é que no campo estudado não existe implementada na rotina reuniões de equipe, o que nos faz questionar até que ponto há uma atuação verdadeiramente transdisciplinar, que diz sobre compartilhamento de decisões e criação coletiva de produção de cuidado.

No contexto avaliado, dentro das contingências de tempo e vínculo, a insegurança e sobrecarga dos trabalhadores de saúde mental, as decisões são tomadas no âmbito individual, dentro da caixinha de cada especialidade, havendo pouca conexão entre essas ações.

O que acontece é que há o desejo individual da produção de cuidado efetivo, mas que se desencontra e se perde em um movimento individualizado, compartimentalizado, muitas vezes sendo registrado somente nos prontuários.

Então, no campo estudado, há sim a realização de projetos terapêuticos, mas estes sofrem uma significativa fragmentação e individualização, o que pode descaracterizar o sentido do PTS e interferir na potência das ações, tendo em vista que são, por vezes, e pontuais, e não há a articulação entre os trabalhadores de saúde e corresponsabilização dessas ações.

Apesar de tal distância percebida entre os trabalhadores de diferentes especialidades, os prontuários aparecem como um dos poucos momentos de encontro entre as percepções e

ações dos trabalhadores de saúde, o que afirma a importância de registros ricos de observações e decisões para que em algum nível o compartilhamento de saberes e percepções ocorra.

A produção de um PTS, bem como o registro rico de informações nos prontuários podem atuar como facilitadores do cuidado emancipador nos leitos de saúde mental, principalmente se realizados de maneira coletiva e aproximada entre os trabalhadores de saúde.

A distância entre os trabalhadores de saúde dos leitos e a pouca articulação em práticas estratégicas, conjuntas e alinhadas a Reabilitação Psicossocial favorecem o fortalecimento do modelo biomédico hegemônico, focado nos sintomas, o que, por sua vez, produz o silenciamento dos processos subjetivos que transpassam o cuidar. Ao que podemos analisar a partir do trecho registrado em diário de campo:

> O horário da passagem do médico obstetra e psiquiatra juntamente de seus internos concentra por muitas vezes toda a atividade do dia daquelas mulheres (usuárias dos leitos). A Partir da passagem, há a prescrição, e essa carrega o poder de organizar como será toda a rotina ali durante as próximas 24 horas. O horário da medicação, de recolher os sinais vitais, da alimentação, a solicitação de consulta de outros especialistas além dos que já compõem a equipe de trabalho (nutricionistas, fisioterapeutas), é dito nas prescrições médicas. Muitas das vezes, o dia das usuárias dos leitos de saúde mental é estabelecido pelos médicos de maneira direta e pontual. Como hoje, a rotina dessas mulheres é preenchida apenas pelos horários da alimentação e da passagem dos trabalhadores. Por coincidência ou não, hoje encontro essas mulheres impacientes, irritadas e desesperançosas sobre seus respectivos tratamentos. O tempo não parece passar. Está tudo silencioso, limpo e claro do lado de fora das enfermarias de saúde mental. Do lado de dentro, o ar é pesado. As mulheres reclamam do ócio e em minha mente fervilha em torno da ideia de todo aquele tempo de espera angustiosa poderia ser

> aproveitado com atividades voltadas para a reabilitação psicoemocional. A psicóloga está de licença e as usuárias sentem falta das oficinas de arte promovidas por ela. (Diário de Campo, 10/10/2025).

O trecho apresentado descreve um processo de cuidado centrado no Trabalho Morto, marcado pela centralidade dos procedimentos médicos e pela medicalização da rotina das usuárias, em detrimento das tecnologias leves, além da compartimentalização das decisões e do processo de cuidado.

Ao descrever o efeito do núcleo tecnológico do Trabalho Morto no processo de produção de cuidado, Franco & Merhy (2013) relatam que tal modo produz atividades baseadas na reprodução de procedimentos que visem responder ao sintoma e não necessariamente às demandas do usuário.

O núcleo do trabalho morto torna o processo de cuidado fragmentário e alimenta o movimento de centralidade na decisão do médico obstetra e psiquiatra em relação aos processos de cuidado, retirando a autonomia e importância dos demais trabalhadores de saúde e tornando os seus trabalhos esvaziados de sentido e presença.

Situados em uma zona fronteiriça, os leitos de saúde mental no hospital-maternidade se configuram como um ponto de interseção entre a rede hospitalar de alta complexidade, a RAPS e a rede de atenção à saúde da mulher materno-infantil, a Rede Alyne.

Essas múltiplas articulações produzem uma demanda igualmente complexa, exigindo que o cuidado ofertado contemple, de forma integrada, as necessidades das mulheres, as especificidades do ciclo gravídico-puerperal e as questões relacionadas ao sofrimento psíquico agudo.

Diante desse cenário, o processo de cuidado tende a se tornar também mais complexo e especializado, o que implica uma elevada exigência para os trabalhadores de saúde. No

contexto analisado, tal configuração contribui para a intensificação da sobrecarga laboral, uma vez que esses profissionais são responsáveis não apenas pelos leitos de saúde mental, mas também por outras enfermarias.

Se faz necessário reconhecer que, mesmo diante de uma demanda complexa e altamente especializada, bem como da centralidade do Trabalho Morto, os trabalhadores de saúde responsáveis pelas enfermarias de saúde mental ainda produzem formas de cuidado que se articulam às tecnologias leves e leves-duras, a partir dos encontros vividos e da inventividade dos trabalhadores de saúde.

Em meio a esse contexto e, por vezes, em tensão com as lógicas de gestão, os trabalhadores constroem, de diferentes maneiras, vínculos com as usuárias, elaboram projetos terapêuticos em suas práticas e fazem dos encontros com usuárias e acompanhantes espaços que favorecem experiências de acolhimento, leveza e produção de sentidos.

Sobre a potência do encontro, Almeida & Merhy (2020) afirmam que nos serviços de saúde mental é necessário atuar a partir de uma ética antimanicomial, caracterizada pela criação de encontros de alegria, que funcionam como potenciadores do cuidado, bem como a calibragem constante dos objetivos dos processos de cuidado realizados. Tal concepção vai de encontro com o que tecemos sobre a Reabilitação Psicossocial e o cuidado emancipador em saúde mental.

Ao olharmos para os processos de cuidado em saúde nos leitos de saúde mental, percebemos a ética antimanicomial atuando no fazer de muitos dos trabalhadores de saúde, no entanto, ainda talvez de maneira desarticulada com o coletivo.

Ao que podemos concluir que apesar do núcleo do Trabalho Morto operar como hegemônico, na micropolítica do trabalho em saúde ali nos leitos de saúde mental existem a aplicação de tecnologias leves e leves-duras promovendo o cuidado emancipador e vinculado

a uma ética antimanicomial, o que concerne a existência de um núcleo, embora marginalizado, do Trabalho Vivo.

Em meio à centralidade instituída do Trabalho Morto, os trabalhadores produzem e reinventam modos de cuidar a partir de suas próprias implicações, possibilidades e limites. Nos relatos das usuárias participantes desta pesquisa, o tempo de permanência nos leitos de saúde mental aparece, em muitos casos, como um período que, apesar das angústias e sofrimentos singulares vivenciados em seus processos de saúde, pode operar como elemento de fortalecimento.

Nesse contexto, emergem também experiências percebidas como positivas no âmbito do cuidado ofertado e que são reveladoras sobre o cuidar diante de tantas realidades intercruzadas.

É possível organizar três dimensões principais do processo de cuidado que em comunicação ligação possibilitam a criação do cuidado emancipador a dimensão básica do cuidado; a dimensão do vínculo e a dimensão da reabilitação psicossocial.

A dimensão básica do cuidado é definida pela oferta de alimentação balanceada, leitos confortáveis, cuidados constantes com a higiene; ambiente limpo e organizado, bem como o tempo para o descanso, condições raras na rotina de origem das mulheres usuárias dos leitos de saúde mental.

Em sua maioria as usuárias dos leitos vinham de realidades precarizadas e atravessadas por diversas vulnerabilizaçãos e falta de acesso a direitos básicos. Nas enfermarias de saúde mental encontravam enfermarias tranquilas, limpas e com a oferta de cuidados para suas necessidades básicas.

Tal organização do ambiente e a oferta de acessos constituem elementos estabilizadores do sofrimento psíquico agudizado pelas condições adversas de vida.

Já sobre a ***dimensão do vínculo,*** apesar dos movimentos de rigidez e controle nos processos de cuidado, ainda persistem a criação de vínculos entre usuárias, seus acompanhantes e os trabalhadores de saúde.

O núcleo relacional foi reafirmado muitas vezes nos acompanhamentos dos trabalhadores de saúde nas visitas aos leitos e nas entrevistas individuais. Ali, as usuárias são chamadas pelos nomes, ficam à vontade para fazer perguntas e brincadeiras com os trabalhadores e trocam informações sobre suas histórias.

O brincar com as palavras, contar piadas e histórias são artifícios utilizados tanto por alguns trabalhadores como pelas usuárias e acompanhantes. As consultas ao leito acompanhadas eram preenchidas, na maioria dos casos, de risadas, os abraços e muita conversa.

Naquelas enfermarias de saúde mental, o brincar é uma ferramenta tanto de vinculação como de relaxamento. Em um ambiente de hospital-maternidade de alta complexidade, diante de tantas angústias e dores, o brincar se faz artista no encontro. Aos poucos, todos da enfermaria estão envolvidos em uma conversa leve, mas que carrega em si muitos dos componentes subjetivos das usuárias e dos trabalhadores.

Como exemplo de tal arte, uma das técnicas de enfermagem cultiva o hábito de fazer ensaios fotográficos com as usuárias dos leitos de saúde mental. Junto às usuárias, a trabalhadora ajuda a escolher as roupas e as poses, e desse encontro cada usuária leva consigo recordações artísticas daquela passagem. Alguns ensaios fotográficos são de mãe e bebê, outros de padrinhos, madrinhas e a mãe, ou mesmo de mães sozinhas com suas grandes barrigas.

Em um dos casos registrados no diário de campo, a trabalhadora de saúde realizou o ensaio de grávida de Stella, que estava já algumas semanas lidando com a certeza de “um bebê incompatível com a vida” e com os altos e baixos da abstinência do crack. A trabalhadora de saúde a convidou juntamente ao marido e acompanhante para o ensaio fotográfico:

> A técnica de enfermagem juntamente com Stella pensaram nas poses, nos looks, nos cenários (locais do hospital-maternidade). As fotos foram bem tiradas. Lindas. Ali, eternizado em flashes, está uma família cujo único ponto de estabilidade e esperança se encontra no símbolo daquela gravidez. Esperam ali nascer uma nova chance, um novo recomeço. A gravidez soa como um ponto de ruptura com a vida que vinham levando e a nova vida que desejam construir. (Diário de campo, 29/08/2025).

A tecnologia aplicada pela trabalhadora de saúde teve um impacto profundo na saúde mental de Stella e de seu marido. Ambos usaram o ensaio não só como recordação a serem guardadas, mas como um instrumento revitalizador da esperança e da alegria, o que os fortaleceu diante do tratamento hospitalar e da espera que ainda teriam que encarar.

Apesar de os leitos de saúde mental em HG não serem dispositivos territorializados como no caso dos CAPS, estes ainda sim fazem parte da RAPS e, portanto, devem contribuir para a reabilitação psicossocial a partir do cuidado emancipador.

Desde a reforma psiquiátrica brasileira, os dispositivos territorializados vinculados à Atenção Primária em saúde, apesar dos desafios, têm criado experiências exitosas no campo da saúde mental. No entanto, as pesquisas ainda não se aprofundaram nas atividades exitosas nos leitos de saúde mental em HG (Kimati, Ferigato & Silva, 2019).

Partindo dessa discussão, existe também no cuidado nos leitos de saúde mental a ***dimensão da reabilitação psicossocial.*** Essa se trata de uma das dimensões mais desafiadoras de ser aplicada com constância no cuidado, considerando o tempo, em geral limitado, de internação, a coexistência de demandas orgânicas e psíquicas e a não exclusividade das equipes dedicadas a esses leitos.

Esse conjunto de fatores tende a dificultar não apenas a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), como discutido anteriormente, mas também a implementação de oficinas, rodas de conversa e outras atividades no cotidiano hospitalar.

Ainda diante de tais desafios, existem nos leitos de saúde mental a produção de oficinas de arte promovidas pela psicóloga da equipe. As oficinas se mostraram potentes no sentido de promover um lugar para expressão da subjetividade daquelas mulheres, incentivando o vínculo, a comunicação e até mesmo atuando como mecanismo de regulação emocional, fatores de suma importância quando estamos falando de saúde mental.

Na maioria dos dias, eram realizadas oficinas de pintura com lápis de cor e giz de cera, por se tratar de materiais mais acessíveis no contexto do hospital-maternidade. Em momentos mais pontuais e espaçados, a depender da disponibilidade de recursos e da articulação dos trabalhadores, também eram desenvolvidas oficinas com miçangas, atividades de pintura com tinta, além de rodas de conversa sobre temas de interesse das mulheres e pertinentes ao seu atual momento de vida e saúde.

Os trabalhadores afirmavam que as mulheres usuárias dos leitos de saúde mental sempre se empolgam e participam com bastante abertura das atividades propostas, no entanto a rotina de sobrecarga e a dificuldade de acesso de materiais e espaço para a realização das atividades atravancam o processo de realização destas.

As rodas de conversas e oficinas são tecnologias que cumprem com o cuidado emancipador, baseadas no vínculo e na inventividade, além de serem espaços que possibilitam o trabalho com demandas individuais e coletivas de saúde mental (Miranda & Azevedo, 2011). O trabalho com oficinas e rodas de conversa apresenta resultados terapêuticos positivos no ponto de vista de um cuidado integralizador e antimanicomial (Ibiapina, et al, 2027).

Nesse sentido, podemos pensar as oficinas e rodas de conversa como tecnologias de saúde que possuem bastante potência no processo de cuidado, principalmente se empregadas na rotina dos cuidados com constância e investimento por parte dos trabalhadores de saúde e gestão.

A partir das dimensões construídas, é possível percebermos que a "caixa de ferramentas" de cada trabalhador é constituída por uma diversidade de elementos que se formam ao longo de sua trajetória, nos encontros que vivencia, em sua formação e nas experiências acumuladas no trabalho e na vida.

É a partir dessa heterogeneidade que se produzem as tecnologias de cuidado que farão parte da caixa de ferramentas de cada trabalhador (Franco e Merhy, 2013). Cada trabalhador a partir do seu campo subjetivo e material produz o cuidado em saúde na articulação entre diferentes tipos de tecnologias presentes em sua caixa de ferramentas: as duras (equipamentos, procedimentos cirúrgicos), as leve-duras (saberes estruturados como os conhecimentos técnicos) e as leves, que dizem respeito às relações, aos vínculos e à produção de encontros entre trabalhadores e usuários (Almeida e Merhy, 2020).

As ferramentas de cada trabalhador de saúde vão sendo ativadas à medida que são tocadas pelas usuárias e pelos processos que se desenlaçam naquelas enfermarias de saúde mental apertadas entre tantas outras enfermarias do oitavo andar.

5.5.3 Entre a proteção e o controle: o cuidado diante do agravamento

> Uma mulher tomou o foco nesse dia. A mulher impõe alguns novos movimentos na rotina dos trabalhadores e os papéis se invertem. Já não é mais a prescrição do médico que dita a rotina. São os afetos da nova usuária do leito de saúde mental. Chegou ontem, após um surto psicótico, trazida pelo SAMU e pela polícia. É palpável o estresse

> e o incômodo de alguns dos trabalhadores de saúde diante da nova usuária. Ela está em crise e a crise é um vórtice que suga todos para o seu centro. Escuto as queixas dos trabalhadores e das usuárias companheiras de enfermaria da nova mulher internada ali: 1) trocou de enfermaria pois havia brigado com a colega de quarto que a acusou de fazer xixi no chão do banheiro. Frente às acusações, a mulher se defendeu ofendendo a colega e quase a agrediu fisicamente 2) pouco comunicativa, comportamento arredio; antissocial; agressiva; difícil de lidar (termos usados para definir a nova usuária) 03) está no "isolamento" e ameaça o tempo todo de ir embora, pois quer voltar pro seu CAPS onde tem doutora que sabe cuidar dela, disse a nova usuária dos leitos para mim (Diário de Campo, 17/10/2025).

Algo observado na rotina das enfermarias de saúde mental se refere à relação entre a intensidade do sofrimento psíquico e as respostas produzidas pelos trabalhadores de saúde. Em situações em que as usuárias apresentam maior comprometimento do contato com a realidade e comportamentos que podem implicar riscos à própria integridade física ou à de terceiros, os trabalhadores tendem a mobilizar intervenções mais rígidas e reforçam os padrões manicomiais de isolamento.

Nos contextos de agravamento da crise psíquica emergem, por vezes, sentimentos como insegurança e medo por parte da equipe, o que pode influenciar as formas de manejo e de cuidado ofertadas. Como evidenciei no diário de campo *"ela está em crise e a crise é um vórtice que suga todos para o seu centro"* (Diário de campo, 17/10/2025).

O sentimento de insegurança por parte de alguns dos trabalhadores pode ser compreendido também pela ausência de treinamentos em saúde mental, principalmente diante de situações de crise psíquica. Em uma das entrevistas individuais, uma trabalhadora que atua

na equipe das enfermarias de saúde mental mencionou os desafios de encontrar ferramentas adequadas para lidar com pacientes em crise psíquica.

A trabalhadora relembrou um caso em que um estado de agravamento psíquico grave, precisaram separar o bebê da mulher e a referenciar ao hospital psiquiátrico, pois ali não teriam recursos humanos para atender o caso:

> *Acho que a gente ainda tem uma certa limitação em lidar com essas pacientes e a limitação é uma limitação de funcionários mesmo. Porque pacientes graves exigem mais técnica, demais… até para conter os pacientes, a gente precisa de pelo menos cinco pessoas. E aí a gente não vai ter isso, a gente não tem isso aqui para dar conta* (Trabalhadora 3, 29/08/2025).

Ao citar o termo conter, a trabalhadora se refere a contenção da usuária ao leito. A estratégia de contenção é uma técnica parametrizada pelo Conselho Federal de Enfermagem-COFEN (2024) e é orientada seu uso apenas quando todos os meios de estabilização do paciente já se esgotaram.

A contenção também deve ser sempre acompanhada de contenção química rápida e deve ser mantida pelo mínimo de tempo necessário, além de ser responsabilidade da equipe multiprofissional e uma decisão que deve partir do coletivo (COFEN, 2024).

O COFEN (2024) ainda divide as contenções em duas: a contenção física, que é a intervenção realizada por uma ou mais pessoas através da imobilização dos membros do paciente com o uso do próprio corpo, sem auxílio de outros dispositivos. Segurar um paciente de uma maneira que restrinja o seu movimento, como aplicar uma injeção intramuscular contra a sua vontade, já é considerada uma contenção física (COFEN, 2024).

A segunda contenção é a contenção mecânica, comumente utilizada em pacientes críticos de saúde mental, essa técnica por sua vez que faz uso de dispositivos mecânicos, como

faixas, ataduras, gazes, lençois postos envoltas nos pulsos e tornozelos para fixar o paciente ao leito, e realizada junto a contenção química, visando promover promovendo um progressivo e diminuição da agressividade/ agitação psicomotora (COFEN, 2024).

A contenção química é de responsabilidade do médico psiquiatra e diz sobre utilizar medicações para promover a sedação do paciente e seu progressivo relaxamento (Botega, 2006).

A trabalhadora 3 ao contar sobre os casos mais graves, revela sobre o uso dessa técnica como necessária quando se esgotam todas as outras possibilidades de cuidado:

> *Para ela poder dormir para então ela conseguir se organizar novamente. A lógica de você dar uma injeção no paciente não é só ele tomar injeção e só. Ele precisa às vezes dormir para ele se reorganizar. Na verdade, é até melhor que ele durma, porque muitas vezes os pacientes nesse nível passam dias sem dormir.* (Trabalhadora 3, 29/08/2025)

Ao se tratar de mulheres no ciclo gravídico-puerperal é imprescindível um rigor ainda maior na avaliação e no manejo de intervenções altamente invasivas, como a contenção mecânica. Tal necessidade decorre das especificidades biológicas, psíquicas e sociais que atravessam esse período, exigindo dos trabalhadores de saúde uma postura ética e clínica cuidadosamente calibrada.

De acordo com a EBSERH (2023), ao criar o protocolo para a aplicação da contenção mecânica em paciente adulto, quando necessária, deve ser uma técnica dialogada, monitorada e registrada em prontuário. Importante afirmar que a contenção mecânica deve ser feita ao leito, não sendo orientada o isolamento do usuário em relação aos demais pacientes.

Outras recomendações é que de nenhuma forma a contenção mecânica deve ser aplicada como castigo ou punição. A técnica é uma medida de segurança e temporal, sendo revertida assim que houver a estabilização mínima necessária do usuário (EBSERH, 2023).

Apesar das orientações técnicas disponíveis, o uso da contenção mecânica ainda é utilizado em muitos serviços de saúde mental como primeira abordagem diante de paciente em crise é acompanhada geralmente de medicamentalização excessiva, além do isolamento do paciente (Wasum *et al*., 2024). Os autores adicionam:

> A contenção mecânica utilizada de forma brusca e sem a condução correta faz alusão há um tempo sombrio na psiquiatria, em que ocorria a negação de direitos básicos às pessoas com transtornos mentais. (Wasum *et al.*, 2024, p. 9)

A partir dos relatos dos profissionais e do diálogo com a literatura consultada, é possível delinear que a contenção mecânica é sim uma ferramenta que pode vir a ser utilizada dentro dos leitos de saúde mental, no entanto essa ferramenta deve ser utilizada em equipe e com os conhecimentos técnicos necessários sobre o manejo, algo que a Trabalhadora pontuou que nem todos da equipe multiprofissional dos leitos de saúde mental tinham treinamento para isto.

A prática em saúde nos leitos de saúde mental se apresenta como um campo de desafios diários e necessidade de constante calibragem das questões éticas, principalmente diante dos diferentes paradigmas da prática em saúde entre a rede hospitalar de alta complexidade e os dispositivos de base territorial (Kimati, Ferigato e Silva, 2019).

No caso trazido como analisador, os trabalhadores de saúde recorreram ao isolamento diante das dificuldades relacionais que a nova usuária apresentava em menos de vinte e quatro horas de internação. O primeiro movimento dos trabalhadores da noite foi trocar a mulher de enfermaria, novamente, uma nova troca, agora para o isolamento.

Quando acompanhei a intervenção da psicóloga e da assistente social na enfermaria de isolamento, tornou-se evidente que o isolamento não traria benefícios à mulher. Além de atravessar uma crise psíquica, ela se encontrava em um ambiente desconhecido, sem

acompanhante, distante de casa e de sua rede de cuidado, à qual se referia com carinho: o filho mais velho e o CAPS de seu território.

No entanto, as trabalhadoras, ao insistirem na convivência da nova usuária nas enfermarias como forma de estimular a autogestão das usuárias dos leitos e de implementar estratégias de socialização, receberam a negativa do restante da equipe multiprofissional.

Podemos notar que quanto mais insubmissas as normas sociais e as normas institucionais, as mulheres recebem respostas mais duras e interventivas. Há também o aspecto da diminuição de respostas de tecnologias leves e leve-duras diante dessas mulheres e suas necessidades. Tal conclusão se encaixa frente não somente às mulheres em crise psíquica grave, mas também às mulheres com necessidades decorrentes ao uso de crack, álcool e outras substâncias.

Nos leitos de saúde mental do hospital-maternidade, em momentos pontuais, houve atitudes discriminatórias de trabalhadores de saúde em relação às usuárias que tinham histórico de uso de substâncias, principalmente ilícitas. Nas cenas vividas, notadamente na passagem de médicos e seus internos e residentes, as mulheres com histórico de uso são vistas como “instáveis”, “perigosas”, “irresponsáveis”, “resistentes ao tratamento” e que apresentam um risco para o feto ou bebê.

Atitudes de caráter discriminatório desse tipo contribuem para a manutenção do afastamento das mulheres com essas especificidades dos dispositivos de saúde e atuam como desestabilizadores da autonomia e autoestima das usuárias do serviço, afundando ainda mais o buraco da produção e vulnerabilizaçãos (Farias, 2017).

O trecho do diário de campo datado de 18/10/2025 nos dará elementos importantes para tal análise:

> Acompanhei a visita do médico especialista junto aos seus alunos internos. Na segunda enfermaria de saúde mental, encontramos apenas dois leitos ocupados. Em um dos dois, está uma mulher que possui necessidades decorrentes do uso de cocaína e álcool e é mãe de três filhos, sendo a atual gestação a quarta. Tal dado é informado pelo interno responsável pelo cuidado da usuária. Durante a escuta do coração do feto a usuária afirma para o médico *"doutor, eu quero ligar"*, ele pergunta se ela já deu entrada na papelada, e ela confusa diz que acha que sim. A mulher pega então em uma sacola de plástico com diversos papeis, buscando o que poderia corresponder ao que o médico se referia. E então o médico se vira de costas para a usuária e olha para os seus jovens internos: "*para realizar a laqueadura tem que ter os documentos e acompanhamento multiprofissional. Porque você faz a laqueadura nessa mulher, depois ela troca de companheiro e ela quer dar um filho para esse companheiro e aí se arrepende. É aí que vem o processo" (*se referindo a um possível processo judicial por ter realizado a cirurgia de laqueadura). A mulher usuária do leito de saúde mental intervém de imediato: *"mas eu quero, estou dizendo que quero. Eu queria desde o último e não consegui"*. O médico não se vira de frente para a mulher e pergunta para seus internos: *"vocês sabem quais são as duas principais causas de arrependimento por laqueadura?"* e uma das internas prontamente responde *"morte de um dos filhos ou novo companheiro"* e aí o médico parabeniza e eles seguem para o segundo leito da enfermaria" (Diário de campo, 18/20/2025).

Os alunos e o trabalhador da saúde discorreram de maneira fria e dura sobre as próprias concepções sobre os direitos sexuais e reprodutivos daquela mulher, sem a consultar sobre seu próprio olhar sobre o desejo/direito da laqueadura.

É notório o movimento de assujeitamento da mulher, que, para aqueles operadores do cuidado, é um mero objeto de especulação e intervém de maneira brutal sobre sua fala e seu direito. Aquela mulher não pôde falar por si, pois a ciência em saúde e os estigmas morais, patriarcais e racistas falaram por ela, negando seu lugar de sujeito.

O uso do conhecimento científico em saúde ou uma prática baseada em evidências em si não garantem uma aplicação tecnológica de cuidado ética e exitosa no sentido de um cuidado emancipador. É necessário manejo, é necessário vínculo e trato social. A depender da maneira que se aplica a tecnologia de protocolos e fluxogramas, eles podem chegar ao usuário como uma violência, negligência ou cerceador de direitos.

Urge, principalmente nos dispositivos de saúde mental, mas não exclusivamente neles, a necessidade de uma prática profissional em saúde antiproibicionista. De acordo com Nascimento e Rodrigues (2019) o antiproibicionismo, a partir de uma lógica interseccional e crítica, considera os mecanismos de proibição às drogas como dispositivos de controle que justificam a violência e morte sobre corpos negros.

Quando um trabalhador de saúde relaciona o uso e substâncias ilícitas a desvios morais ou simplesmente apenas como uma suposta patologia psiquiátrica, se perde ali a sujeita, com sua história, seu viver e suas potencialidades. Se nega então, o cuidado emancipador, a alegria do encontro, a escuta de sua perspectiva própria sobre sua vida. Se nega a mulher.

A Rede Alyne, a atual política de saúde materno-infantil, ao traçar estratégias para a redução das iniquidades étnico-raciais traz o olhar as pessoas em situação de rua como foco de atenção e cuidado, bem como enseja também o combate à violência obstétrica nos dispositivos de saúde.

No seio da questão que essas mulheres para além dos marcadores de raça e gênero, as questões de sofrimento psíquico agudo e uso de substâncias ilícitas podemos tencionar sobre a questão da violência obstétrica.

De acordo com Zanardo *et al.* (2017), a violência obstétrica é um termo que se refere à perda da autonomia da mulher sobre as decisões sobre o próprio corpo e a violação de seus direitos na assistência à saúde durante o ciclo gravídico-puerperal.

A partir disso podemos compreender que as questões de raça, gênero, uso de substâncias ilícitas e sofrimento psíquico tornam essas mulheres mais vulneráveis frente a possibilidade de serem vítimas da violência obstétrica, além das demais violências citadas. O que torna urgente o pensar coletivo e transdisciplinar em tecnologias de cuidado para tal público.

5.5.4 Atuando na fronteira: Oficina de Cartazes

As complexidades e tensões descritas até o momento se condensam e se revelaram de maneira mais explícita durante a realização da etapa de produção de dados do encontro coletivo. A oficina de Cartazes permitiu melhor visualizar os entraves de uma produção de cuidado em saúde mental no ambiente hospitalar de alta complexidade.

Anteriormente à entrada no campo, foi elaborado e submetido ao comitê de ética uma proposta de encontro coletivo que fosse realizada com todos os participantes da pesquisa e que acontecesse no espaço de auditório e biblioteca do hospital-maternidade.

Com a percepção de que os resultados colhidos até a data de 24 de outubro de 2025 já eram satisfatórios para cumprir os objetivos desta pesquisa, precisei calibrar minha atenção para o tema do encerramento. A proposta de Encontro Coletivo que havia elaborado no projeto

submetido ao CEP previamente a ser afetada pelo campo não era possível dentro das estruturas de engenharia do prédio e da estruturação das equipes.

No hospital-maternidade o espaço direcionado para a realização de atividades coletivas é a biblioteca e o auditório. Em ambos os espaços há uma distância de cinco andares abaixo dos leitos de saúde mental, o que exigiria retirar a equipe dos trabalhadores de seu posto e de movimentar as mulheres internadas pelo hospital-maternidade.

Ao compartilhar com os trabalhadores a proposta inicial, o movimento no geral foi rejeitar a proposta e a ter como inviável. Precisei em duas datas conversar com cada trabalhador de saúde disponível no plantão e obter suas visões, diante da escassez de encontros coletivos da equipe.

Persisti em meios aos fragmentos do processo de cuidado no trabalho de costurar um plano comum, um espaço em que seria viável e acessível a participação dos trabalhadores de saúde, das usuárias e de seus acompanhantes.

Ao ouvir a minha proposta inicial e serem chamadas para dar sugestões, o movimento das mulheres usuárias dos leitos de saúde mental e de seus acompanhantes era de animação. O primeiro pedido foi: que a oficina não ocorresse dentro das enfermarias. Que ocorresse fora. O segundo pedido era que tinha que ter tinta para pintar com pincel.

Entre as ideias das mulheres e o receio dos trabalhadores, busquei alianças no campo operacional para tornar possível o encontro. Encontrei esse fortalecimento junto ao setor de ensino e pesquisa do hospital-maternidade, da psicóloga responsável pelos leitos e de alguns residentes de diferentes especialidades.

No mês de outubro especificamente, a rotatividade dos leitos era alta e em dois dias eu já não conhecia mais as usuárias que ocupavam as enfermarias de saúde mental. Tal movimento

de pouco tempo para vinculação é um dos fatores mencionados pelos trabalhadores como desafiadores para práticas coletivas, mas que faz parte do cotidiano da assistência hospitalar.

Buscando amarrar todas as pontas dessa teia do cuidado, uma nova proposta de encontro surge: Uma oficina de cartazes pela manhã e que ocorreria no corredor entre o posto de enfermagem e as enfermarias de saúde mental.

Assim como os leitos de saúde mental em hospital-maternidade se encontram em uma zona fronteiriça entre a RAPS e a Rede Alyne, o corredor entre as enfermarias de saúde mental e o posto de enfermagem atuava como uma fronteira entre as usuárias do serviço e os trabalhadores de saúde.

Nas datas de 07 e 13 de novembro de 2025 foram impressos convites para a oficina de cartazes e os colocados no repouso dos trabalhadores, na sala de evolução e no refeitório. Também passei nas duas enfermarias de saúde mental convidando as mulheres e seus acompanhantes para o encontro.

Na data de 18 de novembro de 2025 às 07 em ponto da manhã chego as alas da enfermaria de saúde mental com sacolas enormes com diversos materiais artísticos. Junto a responsável pelo núcleo de patrimônio, organizamos um balcão cheio de tintas, cartolinas, figuras em meio ao vai e vem dos trabalhadores de saúde. Antes mesmo de chamar as usuárias dos leitos estas se prontificam e se juntam a nós na organização e disposição dos materiais.

Muitos dos trabalhadores de saúde responsáveis pelos leitos naquele plantão assumem seus movimentos de pássaros-colibris, observam e logo voam, não se integram ao encontro. *"Esses negócios são para as pacientes"* responde um dos trabalhadores que caminha entre as enfermarias com alguns prontuários nas mãos quando eu o convido a participar.

Expliquei aos trabalhadores, acompanhantes e usuárias que estavam interessados em participar do encontro os objetivos, o caráter da pesquisa e a questão dos TCLE específicos do

encontro coletivo. Aos poucos, vou me aproximando das mulheres que já preenchem as cartolinas com desenhos coloridos.

Não as conheço, então vou me vinculando pouco a pouco. Os trabalhadores de saúde que participam da Oficina fazem o mesmo. Perguntam suas histórias, elas contam e então desenham seus percursos.

Os trabalhadores utilizaram o espaço da cartolina para falar da importância dos leitos de saúde mental, e sobre temas correlatos à maternidade e à saúde, como cartazes informativos. Já as mulheres desenhavam a si mesmas e sua trajetória até ali. Abaixo estão as imagens do encontro coletivo e de algumas das produções realizadas:

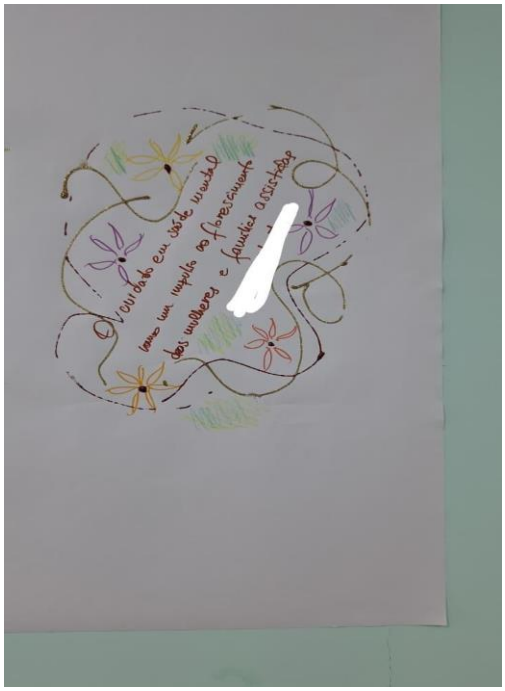
Figura 3 –

Balcão onde foram organizados os materiais para realização do encontro coletivo.



Figura 4 –

Parte do cartaz elaborado por uma das trabalhadoras de saúde dos leitos de saúde mental.



Figuras 5 e 6 –

Registros das usuárias dos leitos de saúde mental produzindo seus cartazes





Durante a realização da oficina uma das trabalhadoras de saúde me comunicou que havia uma paciente considerada crítica quanto ao agravamento psíquico e que estava impressionada com a concentração e dedicação dela na produção do seu cartaz. Iremos a chamar de Elza.

Elza estava insatisfeita com o balcão de pintura e colocou sua cartolina bem no meio do balcão do posto de enfermagem, que estava sendo usado por internos de medicina. Ali, disse que se sentia melhor, mais livre, e começou a desenhar e contar sua história. Elza confrontava o tempo todo os limites impostos pela instituição. Os internos se afastaram e alguns trabalhadores de saúde repetiram o movimento, como se buscassem manter a distância entre profissional e paciente o tempo inteiro.

O desenho que se formava no corredor era de ocupação daquelas mulheres nos espaços de poder, mesmo que fosse para "apenas" pintar suas cartolinas. Elza reivindicava espaço e alguns trabalhadores e alunos internos cederam, mas sem nunca perder o distanciamento.

Elza então conta sua história, não só para mim. Conta como se contasse a todos que pudessem ouvir nas proximidades. Elza tinha 18 anos e estava grávida. Foi mantida em situação análoga à escravidão desde criança por uma família de classe média do interior do Piauí. Foi vendida pela mãe para essa família. Elza adiciona que além das atividades domésticas exaustivas era submetida a abusos sexuais por parte de um de seus "*patrões*".

No início da adolescência, aos 12 anos, quando começou a apresentar os primeiros sinais de esquizofrenia, a família a libertou, ou melhor, a abandonou nas ruas da pequena cidade. Elza foi morar com a mãe, uma mulher em extrema vulnerabilização, mas sendo esse o seu único vínculo com o mundo externo que se abria em sua frente.

Foi referenciada ao hospital-maternidade pela equipe de saúde mental que a acompanhava em seu território, Ali, ocupava o leito direcionado a mulheres com problemas de convivência, uma enfermaria com um único leito ao lado do repouso dos trabalhadores.

Sem acompanhante e em crise de saúde mental, os trabalhadores comentavam que ela estava tendo bastante dificuldade de estabilização, apresentava risco de suicídio e tinha sérios problemas na convivência com as outras usuárias dos leitos de saúde mental.

No entanto, no espaço da oficina, Elza socializou não só com os trabalhadores que participavam, mas também com as outras usuárias dos leitos de saúde mental. Cantou, dançou, elogiou os cartazes das companheiras e as ajudou a procurar um bom lugar para cada uma pregar seu cartaz.

As mulheres iniciaram um movimento de se conectarem entre si, cantando e conversando. Em algum momento, todas falam que querem ir até o quarto de Elza ouvir música e que eu e os trabalhadores poderíamos ir se quiséssemos dançar e cantar, mas se fosse só para ficar olhando e perguntando não estaríamos convidados.

Então sigo com elas enquanto os trabalhadores de saúde permanecem elaborando seus respectivos cartazes. Na enfermaria em que Elza está internada há uma televisão. Lá ela prontamente coloca músicas para tocar e as outras duas companheiras dançam e cantam.

A cena de união e diversão então desencadeia uma reação de controle por parte de alguns trabalhadores de saúde, que acionam os seguranças para ficarem atentos a elas. Então uma disputa de espaço se inicia ali:

> Um dos trabalhadores de saúde vem até mim e pergunta o que eu acho de deixar os seguranças que estavam atrás dele na porta da enfermaria de Elza para caso “algo acontecesse”. Respondo que poderíamos conversar com toda equipe, que eu não via necessidade de separar aquelas mulheres ou de pedir para os seguranças permanecerem

> ali, tendo em vista que elas cantavam, sorriam e brincavam. Outra trabalhadora de saúde que passava por nós comentou em voz alta *"pra isso aí virar uma confusão é rapidinho"* se referindo a agitação das mulheres. *"Isso aqui é um hospital, não é lugar pra isso"* fala apontando para o balcão de pintura e para a porta da enfermaria onde as usuárias dos leitos cantam um trecho de Marília Mendonça *"ei infiel agora quero ver você morar no motel"*. Tento dialogar com os trabalhadores que estão visivelmente incomodados e temerosos com a situação, no entanto eles falam seus pontos e partem, sem me escutar. O trabalhador de saúde que estava com os seguranças então fala "*vou deixar elas ali, mas é responsabilidade sua*" ao que eu rebato "é *responsabilidade nossa"*. (Diário de Campo, 18/11/2025)

Embora o cuidado ofertado nos leitos de saúde mental se mostra evidente, assim como a disponibilidade dos trabalhadores para a escuta, o acolhimento e a compreensão das mulheres, observamos que, diante de pacientes consideradas em estado crítico, como Elza, prevalece um movimento orientado à manutenção do isolamento e ao afastamento das diferenças.

O processo de cuidado nos leitos de saúde mental se configura em tensão permanente entre o modelo médico hegemônico instituído e as contínuas linhas de fuga engendradas pelos sujeitos que compõem o ecossistema dessa produção.

A oficina de cartazes foi compreendida por muitos dos trabalhadores como um espaço de pura "diversão" ou apenas como "passatempo" e até mesmo como algo "perigoso" e "irregular". Foi subestimado o lugar político e construtivo de uma prática tecnológica que parta da arte, do encontro e da expressão.

O rizoma do cuidado, entendido como a multiplicidade de linhas que se cruzam, se entrecruzam e produzem distintas dimensões de intervenção, tanto possibilita a invenção de

práticas singulares quanto, em determinados momentos, pode reiterar modos de trabalho mais conservadores.

A sustentação de uma ética antimanicomial, ancorada na invenção coletiva de tecnologias de cuidado capazes de responder às necessidades das mulheres usuárias dos leitos de saúde mental, se apresenta como um desafio permanente no contexto do hospital-maternidade.

5.6 Tecnologias de saúde para o Cuidado Emancipador

A aposta neste núcleo não é a de prescrever soluções, mas a de cartografar possibilidades. Ele se organiza, portanto, como um dispositivo de visibilidade sobre tecnologias de saúde que, no encontro com as demandas de saúde mental, gênero e maternidade, se mostraram férteis para a produção de um cuidado que não se contenta com a reparação de sintomas, mas que se faz acompanhamento de processos de autonomia e de reinvenção da vida.

Cabe ressalvar, desde já, que a exposição que se segue não pretende propor um protocolo, nem mesmo um modelo a ser simplesmente replicado. Como avaliado em campo, os protocolos tendem a congelar o cuidado em etapas previsíveis, enquanto o cuidado emancipador exige justamente o contrário: abertura ao imprevisível, flexibilidade tática e disponibilidade para a negociação cotidiana com as forças que atravessam cada encontro clínico e cada trajetória de vida.

O que apresentamos são linhas de força, caminhos que podem ser problematizados, retomados, desviados ou mesmo recusados, conforme a singularidade de cada dispositivo de saúde e de cada sujeito implicado nesse processo.

5.6.1 Não é só escutar: estimular a fala e politizar os afetos

O uso de toda tecnologia em saúde deve ser pensado e estrategicamente colocado: é necessária a presença dos trabalhadores de saúde no campo e, principalmente, a consideração das variáveis já citadas: tempo para habitar o campo e entender as demandas, as necessidades, as fragilidades e potencialidades diante dos processos de saúde e de sofrimento, bem como segurança para vincular-se aos usuários, aos territórios e aos seus sentidos.

A partir do vínculo, é possível a escuta. Mas não somente uma escuta por "*deixar falar*", não é uma escuta protocolar. Ayana Sisi (2019) instiga a uma escuta baseada em estimular o outro a expressar seus sentidos, uma escuta ativa, que prevê troca, compreensão e presença.

Ao passo que o trabalhador de saúde transforma o silêncio do usuário em ação, em movimento, é possível que o sujeito reconheça em conjunto o que se sente, dê passagem a esse sentir como forma de se reconhecer como humano, como sujeito, e que possa então decidir o que fazer com esse sentir; daí vem a politização dos afetos (Sisi, 2019).

Como vimos no caso de Celie, ao ser escutada e instigada pelos trabalhadores de saúde, sua fala foi finalmente transformada em uma revolta coletiva, em implicação: "O que iremos fazer com esse sentir? Com essa história?", o que desabrochou então em uma estratégia: uma vaga em casa de acolhimento a mulheres.

Ou mesmo no caso de Stella e seu marido, que, ao movimentarem os trabalhadores quanto à falta de fraldas para o bebê que estava na UTIN, conseguiram mobilizar os afetos de uma ex-companheira das enfermarias de saúde mental e transformar aquela falta em troca.

O silêncio produz enfraquecimento e desvinculação, para isso, a escuta deve ser ativa e ampliada, não somente entre usuários e trabalhadores, como nos casos descritos, mas também entre os trabalhadores de saúde e entre eles e seus gestores.

Outro fator fundamental para o "fazer falar" é o poder que o brincar e os sorrisos exercem no cotidiano assistencial. Nas enfermarias, os trabalhadores que se mostravam ativos, sorridentes, abertos a puxar brincadeiras e a receber de volta das usuárias de maneira receptiva eram os que estabeleciam vínculos mais fortes com elas.

As afetações alegres potencializam o cuidado produzido e implica promover bons encontros, conforme apontado por Almeida e Merhy (2020). O manejo alegre e que busque o contato verbal e a vinculação a partir de afetos positivos possibilita também o descalonamento frente à crise psíquica aguda ou de conflitos, situações comuns no cotidiano do cuidado em saúde mental.

5.6.2 Espaço de convivência: autogestão e solidariedade

"Portanto, o que define o perfil do cuidado não é o lugar físico onde se realiza o cuidado, mas o território existencial no qual o trabalhador se inscreve como sujeito ético-político" (Franco e Merhy, 2011, p.161). O hospital é o centro do poder médico-hegemônico, portanto, onde as forças de fragmentação, medicalização e silenciamento de sujeitos irão operar com maior truculência. No entanto, o que será feito neste território de solo duro se dá pelo trabalho dos operadores do cuidado.

As regras de prevenção de infecção atuam como fortes organizadoras do espaço físico do hospital. Ao pensarmos as enfermarias de saúde mental e o valor da reabilitação psicossocial, de uma ética antimanicomial e da necessidade de um cuidado emancipador construído em coletivo, precisamos problematizar as regras que impõem afastamento. Não em um sentido de negacionismo aos cuidados e especificidades do ambiente hospitalar de alta complexidade, mas em um sentido de pensar sobre a realidade do momento e de ampliarmos as percepções e possibilidades de atuação.

A escassez de pontos de convivência entre a equipe de trabalhadores, entre trabalhadores e gestores e entre esses e os usuários torna propício o esfriamento dos vínculos e o silenciamento das vozes. Como presenciamos durante a cartografia, a distância entre os trabalhadores produzia práticas de cuidado também distantes, frias, fragmentárias.

Diante de uma arquitetura hospitalar que não produz encontros e convivência entre pares e diferentes, é necessário que haja o trabalho dos operadores do cuidado para criar esses espaços, como aconteceu na oficina que se deu nos corredores.

O espaço de convivência permite organização social e só é possível se validarmos, enquanto trabalhadores da saúde, o lugar de autonomia dos usuários e seus acompanhantes na produção do cuidado.

Portanto, o espaço de convivência é empoderador das relações e desmancha, até certa medida, as hierarquias impostas nas relações entre o sujeito operador do cuidado e o sujeito que recebe esse cuidado.

Como captado no campo, a partir do encontro as mulheres produziam teias de solidariedade e cuidavam elas mesmas de muitas de suas necessidades: ao banhar os bebês uma das outras, ao costurar e bordar roupinhas de bebê ou sutiãs de amamentação, ao dançarem e cantarem, aquelas mulheres produziam entre si um cuidado emancipador que pode ser replicado em seus territórios caso tenham a possibilidade para tal.

De acordo com a experiência de Nise da Silveira (Gullar, 2024), a convivência ainda permite conhecer os usuários com muito mais profundidade e constância, o que, para pacientes em sofrimento agudo que irrompem em crises, é algo bastante beneficiador, tendo em vista que eles irão possuir mais tempo e constância para vincular, confiar e expressar seu mundo interno e serem recebidos pelos outros.

Conviver, ao invés de isolar, possibilita estabilidade dos vínculos e construção coletiva do cuidado emancipador. Nos casos de agravamento psíquico, foi comum o isolamento dos sujeitos em crise, lhes cerceando direito ao compartilhamento da experiência e, portanto, rompendo com a ética antimanicomial.

Afinal, quando falamos de pacientes em crise, desconectados do mundo externo, em profundo sofrimento, o caminho das tecnologias deve o guiar a conexão, a mínima organização do espaço interno a partir de experiências de cuidado externo, algo que a convivência entre trabalhadores e demais usuárias possibilita (Gullar, 2024).

5.6.3 Oficinas

As oficinas terapêuticas em saúde mental se constituem como um dos dispositivos bastante fecundos para a concretização de uma operacionalização do cuidado emancipador. Longe de serem meros passatempos, as oficinas instauram um campo de experimentação para os usuários.

Ao oferecer materiais e suportes para a criação, a oficina cria as condições para que as sujeitas em sofrimento psíquico encontrem vias de expressão para aquilo que não encontra lugar na linguagem discursiva convencional nem nos diagnósticos cristalizados da tradição psiquiátrica (Castro, 2007).

No contexto dos leitos de saúde mental, são realizadas de maneira pontual oficinas de criação pois contam com pouco apoio da gestão hospitalar e da maioria dos trabalhadores de saúde mental, que encaram essas atividades como “distrações” ou ocupações vazias.

Apesar desses desafios, ainda há trabalhadores que operam a favor da persistência do uso dessas tecnologias. No momento da oficina de cartazes, foi possível perceber as potencialidades da oficina, principalmente como um espaço que considera que o gesto de criar

carrega em si uma verdade do sujeito que merece ser reconhecida em sua dignidade e que pode ser trabalhada em coletivo.

Ao contrário dos modelos manicomiais que reduzem a usuária à condição de objeto passivo de intervenções médicas, as oficinas convocam o sujeito a uma posição ativa: ele não é apenas tratado, mas convidado a se tratar, a se experimentar, a se reinventar através do fazer (Lima, 2004).

Por fim, a oficina realiza a superação das velhas dicotomias que historicamente marcaram o campo da saúde, o individual e coletivo, o dentro e fora, o interno e externo. Nelas, o sujeito não trabalha isoladamente, mas em relação com os outros. A tecnologia da oficina possibilita espaços para organização interna das sujeiras, criação de vínculo, geração de sensação de pertencimento e compartilhamento de experiências.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As enfermarias de saúde mental são um campo em disputa, no qual se exige a reafirmação cotidiana de práticas comprometidas com a autonomia, a singularidade e a produção de vida. Configuram um território complexo, híbrido e permanentemente atravessado por disputas institucionais, políticas, subjetivas e sociais.

Localizados no terreno hospitalar de alta complexidade, os leitos de saúde mental em hospital-maternidade constituem também enquanto importantes trincheiras da luta em favor de uma ética antimanicomial e de um fazer em saúde emancipador.

Nesse sentido, este trabalho não se propõe ser um fim, muito menos o começo, pois assumimos aqui enquanto posicionamento ético-político a concepção de que o trabalho em saúde mental antimanicomial, inventivo, vivo e baseado em tecnologias leves de cuidado resiste no cotidiano assistencial de muitos trabalhadores de saúde que atuam na RAPS e em suas interseções e fronteiras.

Diante do trabalho de cartografar os processos de produção de cuidado nesse contexto, foi possível elucidar que o cuidado ofertado às mulheres em sofrimento psíquico durante o ciclo gravídico-puerperal ultrapassa os limites das práticas biomédicas e dos protocolos assistenciais, sendo continuamente produzido nas relações, nos vínculos e nos encontros entre trabalhadores de saúde e as usuárias do serviço.

Ao longo da pesquisa, foi evidenciado também que a produção do cuidado nos leitos de saúde mental é constantemente tensionada por diferentes racionalidades: a lógica obstétrica, a lógica psiquiátrica, a lógica produtivista e as necessidades singulares das mulheres internadas. Portanto, um terreno de muitas disputas.

Os leitos aparecem como espaços fronteiriços em que se cruzam a crise psíquica, a maternidade, as vulnerabilidades sociais e os próprios limites institucionais das redes de

atenção à saúde. Nesse cenário, o cuidado é atravessado por forças contraditórias que, ao mesmo tempo em que podem ampliar possibilidades de acolhimento, escuta e reinvenção da vida, também podem reproduzir práticas de controle, vigilância e fragmentação, repetindo o ato manicomial.

As análises realizadas a partir dos processos acompanhados afirmaram a importância dos leitos na trajetória das mulheres participantes dessa pesquisa, os colocando como dispositivos estratégicos de cuidado, com potência para promover força, autonomia e um cuidado emancipador.

A cartografia permitiu, ainda, identificar as competências, especificidades e tecnologias de cuidado mobilizadas diante do sofrimento psíquico agudo associado à maternidade. Embora o modelo biomédico e o chamado Trabalho Morto, sustentado por prescrições, protocolos e tecnologias duras, ocupe posição central na dinâmica hospitalar, a pesquisa revelou a existência de movimentos permanentes de produção de Trabalho Vivo, especialmente por meio das tecnologias leves operadas pelos trabalhadores de saúde.

A brincadeira, a solidariedade, a arte e o encontro se fazem presentes no cotidiano dos leitos de saúde mental do hospital-maternidade, apesar de ainda de maneira fragmentada e individualizada, existe ali um trabalho baseado no cultivo da alegria e da autonomia para com aquelas mulheres.

Nesse contexto, é importante notar também que o vínculo entre trabalhadores, usuárias e acompanhantes, a escuta qualificada, a presença, a sensibilidade e a capacidade de reconhecer a singularidade emergiram como elementos fundamentais para a produção do cuidado em saúde mental.

Entretanto, tais tecnologias relacionais são desenvolvidas em condições marcadas pela precarização do trabalho, pela sobrecarga dos trabalhadores de saúde e pela fragmentação institucional.

A escassez de espaços coletivos para discussão de casos, a alta rotatividade de profissionais, o curto tempo de permanência das usuárias nos leitos e as exigências de produtividade impostas pela lógica gerencial dificultam a construção do cuidado. Como consequência, o cuidado frequentemente se apresenta de forma compartimentalizada, individualizada e insuficiente diante da complexidade das demandas vivenciadas pelas mulheres acompanhadas.

No que se refere à articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede Alyne, a pesquisa tencionou as fragilidades significativas na integração entre os dispositivos de saúde. As descontinuidades do cuidado, as dificuldades de comunicação entre o serviço hospitalar e os serviços territorializados e a insuficiência de acompanhamento territorial efetivo após a alta hospitalar revelam importantes lacunas na interface entre saúde mental, saúde da mulher e atenção materno-infantil.

Em muitos dos casos, a maternidade constituiu o primeiro momento de acesso dessas mulheres aos serviços de saúde mental, evidenciando não apenas a invisibilidade histórica dessas usuárias no âmbito do SUS, mas também a insuficiência das políticas públicas na garantia de acompanhamento contínuo e integral antes mesmo da gestação.

As trajetórias das mulheres que ocuparam os leitos de saúde mental demonstraram, ainda, que o sofrimento psíquico não pode ser reduzido a uma leitura exclusivamente psicopatológica ou diagnóstica.

As experiências acompanhadas ao longo desta pesquisa evidenciam que o sofrimento psíquico e o uso de substâncias são produzidos no entrelaçamento entre violência estrutural, racismo, pobreza, desigualdade de gênero, abandono e sucessivas violações de direitos.

As participantes carregavam em seus corpos e histórias marcas profundas de violência física, sexual, psicológica e institucional, revelando que o enlouquecimento, para muitas delas, também se relaciona às formas históricas de opressão produzidas por uma sociedade colonial, patriarcal e racista que produz sofrimento e nega condições dignas de existência.

As mulheres usuárias dos leitos de saúde mental revelaram a partir de suas histórias e atos no cotidiano das enfermarias que, mesmo atravessadas pela dor e pela precariedade, constroem estratégias de sobrevivência, resistência e produção de vida, utilizando da loucura como tecnologia de resistência e criação contínua.

A solidariedade estabelecida entre elas nas enfermarias, os vínculos construídos no cotidiano da internação, o cuidado compartilhado e os modos singulares de enfrentar o sofrimento revelam a potência coletiva que persiste mesmo em contextos marcados pelo abandono e pela vulnerabilização social.

Diante disso, este trabalho corrobora a necessidade de fortalecimento de políticas públicas capazes de articular, de maneira efetiva, saúde mental, saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos, considerando as especificidades das mulheres em sofrimento psíquico durante o ciclo gravídico-puerperal e para além dele.

É também importante ressaltar a necessidade do enfoque em gênero e raça na RAPS e, portanto, nos serviços em saúde ofertados a partir dela e ampliação das estratégias da Rede Alyne para com os temas da saúde mental e necessidades de correntes o uso de crack, álcool e outras drogas.

Se faz igualmente urgente a ampliação de investimentos para o fortalecimento da RAPS e Rede Alyne, a integração entre os serviços e construção de estratégias institucionais que possibilitem um cuidado menos fragmentado, mais longitudinal e efetivamente comprometido com a singularidade das usuárias.

Bem como reconhecer o terreno hospitalar e de alta complexidade também como dispositivo produtor de cuidado e que pode ser articulado aos serviços territorializados objetivando o alcance dos princípios doutrinários do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Finalmente, este trabalho reafirma a relevância de ampliar os estudos sobre leitos de saúde mental em hospital geral, especialmente em hospital-maternidade, campo ainda pouco explorado na produção científica brasileira.

Cartografar esses territórios significa não apenas analisar práticas institucionais e dispositivos de cuidado, mas, sobretudo, produzir visibilidade para mulheres historicamente silenciadas, reconhecendo seus sofrimentos, suas existências e suas formas de resistência como centrais para a construção de políticas e práticas de cuidado em saúde mental mais éticas, integrais, humanizadas e comprometidas com a defesa da vida.

7. REFERÊNCIAS

Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. Pólen.

Alves Damb, E., Jr., Zveiter, M., Almeida, L. M., & Gomes, R. L. (2022). Os impactos bioéticos na atenção à saúde da gestante com o fim da Rede Cegonha. *Revista Bioética CREMEGO, 4*(2), 24–28. https://www.cremego.org.br/wp-content/uploads/2025/05/BIOETICA-VOLUME-4-ANO-02.pdf

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Editora Fiocruz.

Amarante, P., Pitta, A. M. F., & Oliveira, W. F. (Orgs.). (2013). *Patologização e medicalização da vida: Epistemologia e política*. Zagodoni.

American Psychiatric Association. (2023). Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais: DSM-5-TR (texto revisto). C. Oliveira, Coord.; A. Lourenço et al., Trad.; 5ª ed.. Climepsi Editores.

Arbex, D. (2019). *Holocausto brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. Intrínseca.

Arrais, L. (2023). *Considerada a maior do Brasil, Maternidade Evangelina Rosa passa a funcionar de forma integral em nova sede*. Governo do Piauí. https://www.pi.gov.br/considerada-a-maior-do-brasil-nova-maternidade-dona-evangelina-rosa-passa-a-funcionar-de-forma-integral/

Azevedo, D. M. de, & Miranda, F. A. N. de. (2011). Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: Percepção de familiares. *Escola Anna Nery, 15*(2), 339–345. https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200017

Barbosa, V. R. A. (2023). Psicologia perinatal no cuidado a mulheres internadas em situação de alto risco em leitos de saúde mental. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 23*(1), e12016. https://doi.org/10.25248/reas.e12016.2023

Barbosa, V. R. A., & Engstrom, E. M. (2023). Itinerários terapêuticos de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 23*(5), e12788. https://doi.org/10.25248/reas.e12788.2023

Barbosa, V. R. A., Paz, B. M. de S., Belchior, M. C. T. V. S. C., Sousa, A. E. F. de, Moura, B. G. M., Dourado, L. B. C., Carvalho, T. C. V. de, & Carvalho, Y. de S. (2023). Perfil epidemiológico de gestantes e puérperas internadas em leitos de saúde mental de maternidade pública de ensino, referência em alto risco no estado do Piauí, Brasil. *Brazilian Journal of Health Review, 6*(6), 33073–33092. https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-502

Barros, N. (2021). Cuidado Emancipador. *Saúde E Sociedade*, 30(1), e200380. https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380

Bastos, A. D. de A., & Alberti, S. (2021). Do paradigma psicossocial à moral religiosa: Questões éticas em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva, 26*(1), 285–295. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.25732018

Hooks, b. (2019). Erguer a Voz: pensar como feminista, pensar como negra. Elefante.

Bezerra, A. L. M. (2023). *Maior maternidade pública do Brasil será inaugurada na sexta*. Assembleia Legislativa do Estado do Piauí. https://www.al.pi.leg.br/comunicacao/tv-assembleia/noticias-tv/maior-maternidade-publica-do-brasil-sera-inaugurada-na-sexta-28

Botega, N. J. (Org.). (2006). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. Artmed.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (1990*). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.* Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Brasil. (1990). *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm

Brasil. (2002). *Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10409.htm

Brasil. (2019). *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anexo_legis.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: 15 anos depois de Caracas*. Organização Pan-Americana da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). *Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2022a). *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2022b). *Manual de gestação de alto risco*. Editora MS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2022c). *Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022*. Diário Oficial da União. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0715_06_04_2022.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Portaria GM/MS nº 13, de 16 de janeiro de 2023*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0013_16_01_2023.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2024). *Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html

Brasil. Ministério da Saúde. (2025). *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)*. https://cnes.datasus.gov.br/

Cartola. (1976). O mundo é um moinho [Canção]. Em *Cartola* [Álbum]. Marcus Pereira.

Carvalho, Y. S., Barbosa, V. R. A. (2023). Vulnerabilidade social, iniquidades em saúde e morbimortalidade materna em mulheres negras. In Científica Digital (org), Open Science Research X (661-668). Brasil: Científica Digital. https://www.editoracientifica.com.br/books/livro-open-science-research-x

Castro, E. D. de, & Lima, E. M. F. de A. (2007). Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 11*(22), 365–376. https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200017

Conceição, H. N., Pachêco, H. S. A., Pereira, I. C., Beserra, J. B., Cardoso, O. O., & Coelho, F. S. (2022). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. In O. O. Osmar & T. Z. Cardoso (Orgs.), *Ensino das políticas públicas de saúde: Diálogos para a defesa do Sistema Único de Saúde* (pp. 91–118). EDUFPI.

Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Hospitais psiquiátricos no Brasil: Relatório de inspeção nacional*. https://site.cfp.org.br/publicacao/hospitais-psiquiatricos-no-brasil-relatorio-de-inspecao-nacional/

Costa, D. S. da, Santos Filho, M. B. dos, Hoffmeister, B. E. F., Ramos, G. de P. D., Lopatiuk, C. E., Cozer, J. L. dos R., Alves, V. M., Lemos, T. A., Silva, G. L., & Lopatiuk, C. (2025). A integração dos sistemas de saúde: Um estudo sobre a efetividade das redes de atenção à saúde no Brasil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 7*(3), 518–527. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p518-527

Cunha, C., & Boarini, L. M. (2011). O lugar da criança e do adolescente na reforma psiquiátrica. *Revista Psicologia e Saúde, 3*(1). https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/83

Deleuze, G. (1992). *Conversações*. Editora 34.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2006). *Mil platôs 1: Capitalismo e esquizofrenia* (4ª ed.). Editora 34.

Duarte, B. C. (2022). O estereótipo da loucura como instrumento de controle biopolítico sobre a mulher nos primeiros anos da República brasileira. *Revista Hydra: Revista Discente de História da UNIFESP, 6*(11), 139–176. https://doi.org/10.34024/hydra.2022.v6.13684

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. (2023). *Protocolo assistencial de contenção mecânica de paciente adulto* (Protocolo nº 072, versão nº 04). https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/protocolos-assistenciais-hc-ufmg-ebserh/PR_072_Contencao_mecanica_paciente_adulto_V04.pdf

Engel, M. (2004). Psiquiatria e feminilidade. In D. M. Priori (Org.), *História das mulheres no Brasil* (pp. 270–303). Contexto.

Facchinetti, C. (2022). Da produção artística dos alienados: Histórias de teorias e práticas do alienismo brasileiro, 1852–1902. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 29*, 27–46. https://doi.org/10.1590/S0104-59702022000500003

Farias, I. (2017). Nem loucas, nem criminosas: A resistência da luta feminista frente aos modelos de controle. In M. O. Pereira & R. G. Passos (Orgs.), *Luta antimanicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Autografia.

Felipe, G. B., Santos, P. C. T., Felipe, I. B., Freitas, S. M., & Damiance, P. R. M. (2021). Revisão integrativa sobre os efeitos do uso de crack no ciclo reprodutivo, gravídico-puerperal e na infância em longo prazo. *Salusvita, 40*(2), 136–165. https://revistas.unisagrado.edu.br/index.php/salusvita/article/view/179

Foucault, M. (1978). *História da loucura: Na idade clássica*. Perspectiva.

Foucault, M. (2011a). *O nascimento da clínica*. Forense Universitária.

Foucault, M. (2011b). *Os anormais: Curso no Collège de France (1974–1975)*. Martins Fontes.

Foucault, M. (2014). *Vigiar e punir: O nascimento da prisão*. Vozes.

Franco, N. (2023). *Piauí inaugura maior maternidade pública do país*. Agência Brasil. https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2023-07/piaui-inaugura-maior-maternidade-publica-do-pais

Franco, P. K. R., Rodrigues, S. G. C., Oliveira Neto, A. E., & Araújo, M. E. R. de. (2019). Patrimônio moderno e a metáfora do nascer: A Maternidade Dona Evangelina Rosa como elemento de identidade local – Teresina (PI). In *Anais do 3º Simpósio Científico do ICOMOS Brasil*. ICOMOS Brasil. https://doi.org/10.29327/15175

Franco, T. B., & Hubner, L. C. M. (2019). Clínica, cuidado e subjetividade: Afinal, de que cuidado estamos falando? *Saúde em Debate, 43*, 93–103. https://doi.org/10.1590/0103-11042019S608

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2009). Mapas analíticos: Uma visão sobre a organização e seus processos de trabalho. *Salud Colectiva, 5*(2), 181–194. https://doi.org/10.1590/S1851-82652009000200003

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2013). O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In T. B. Franco & E. E. Merhy, *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde* (pp. 150–161). Hucitec Editora.

Gullar, F. (2024). Nise da Silveira: Uma psiquiatra rebelde. Paidós.

Herner, M. T. (2009). Territorio, desterritorialización y reterritorialización: Un abordaje teórico desde la perspectiva de Deleuze y Guattari. *Huellas*, (13), 158–171. https://beu.extension.unicen.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/123456789/248/Territorio%2c%20desterritorializaci%c3%b3n%20y.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Iaconelli, V. (2023). *Manifesto antimaternalista: Psicanálise e políticas da reprodução*. Zahar.

Ibiapina, A. R. de S., Monteiro, C. F. de S., Alencar, D. de C., Fernandes, M. A., & Costa Filho, A. A. I. (2017). Therapeutic workshops and social changes in people with mental disorders. *Escola Anna Nery, 21*(3), e20160375. https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0375

Jucá, V. J. S., & Barbosa, A. S. (2023). Seria a mulher "louca" uma má mãe? Reflexões sobre maternidade e loucura. *Revista Feminismos, 11*(1), 1–17. https://doi.org/10.9771/rf.v11i1.53020

Kastrup, V. (2019). A atenção cartográfica e o gosto pelos problemas. *Revista Polis e Psique, 9*, 99–106. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000400007&lng=pt&tlng=pt

Kastrup, V., & Passos, E. (2013). Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia, 25*(2), 263–280. https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004

Kroef, R. F. S., Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 20*(2), 464–480. https://doi.org/10.12957/epp.2020.52579

Leal, M. C., Granado, S., Bittencourt, S., Esteves, A. P., & Caetano, K. (2023). *Nascer no Brasil II: Pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022–2023*. https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2023/11/Dados-preliminares-da-pesquisa-Nascer-no-Brasil-2.pdf

Lima, E. A. (2004). Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In *Oficinas terapêuticas em saúde mental: Sujeito, produção e cidadania* (pp. 59–81). https://pacto.art.br/wp-content/uploads/tainacan-items/278/8797/Lima_Oficinas_Laboratorios_Atelies.pdf

Lima, F. (2017). Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: Sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. In M. O. Pereira & R. G. Passos (Orgs.), *Luta antimanicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Autografia.

Lima, I. B., & Barbosa, V. R. A. (2023). Psicologia em saúde no cuidado gravídico-puerperal em internação obstétrica de alto risco: Experiência à luz da Resolução CFP nº 17/2022. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 23*(3), e12177. https://doi.org/10.25248/reas.e12177.2023

Lima, T. A. de S., & Romagnoli, R. C. (2023). Racismo e saúde mental: Uma cartografia do trabalho com famílias. *Psicologia & Sociedade, 35*, e277147. https://doi.org/10.1590/1807-0310/2023v35e277147

Lopes, H. P., & Gonçalves, A. M. (2018). A política nacional de redução de danos: Do paradigma da abstinência às ações de liberdade. *Pesquisas e Práticas Psicossociais, 13*(1). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000100007

Lugones, M. (2020). Colonialidade e gênero. In H. B. Holanda (Org.), *Pensamento feminista hoje: Perspectivas decoloniais* (pp. 38–84). Bazar do Tempo.

Macedo, F. S., Mountian, I., & Machado, P. S. (2021). O cuidado com gestantes que usam drogas: Análise de práticas em políticas públicas de saúde no Sul do Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, 31*(2), e310223. https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310223

Matos-de-Souza, R., & Medrado, A. C. C. (2021). Dos corpos como objeto: Uma leitura pós-colonial do "Holocausto Brasileiro". *Saúde em Debate, 45*(128), 164–177. https://doi.org/10.1590/0103-1104202112813

Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: Maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 16*(40), 107–120. https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001

Medeiros, H. G. D. D., & Araújo, J. L. D. A. C. D. (2024). Os reflexos do bolsonarismo sobre políticas de saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos. *Trabalho, Educação e Saúde, 22*, e2811. https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2811

Mendoza, B. (2019). La colonialidad del género y poder: De la postcolonialidad a la decolonialidad. In K. O. Muñoz (Org.), *Miradas en torno al problema colonial* (pp. 35–72). Ediciones Akal. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6992962

Ministério da Saúde. (2022). Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS). https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf

Ministério da Saúde. (2022). Manual de gestação de alto risco. Editora MS. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf

Morais, H. M. M. de, Albuquerque, M. do S. V. de, Oliveira, R. S. de, Cazuzu, A. K. I., & Silva, N. A. F. da. (2018). Organizações sociais da saúde: Uma expressão fenomênica da privatização

da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 34*(1), e00194916. https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916

Moreira, C. S., Fernandes, W. B., & Arrais, A. (2024). Atenção em saúde mental a gestantes em CAPS no Distrito Federal. *PSI UNISC, 8*(1), 91–112. https://doi.org/10.17058/psiunisc.v8i1.18506

Morin, E. (2015). *Introdução ao pensamento complexo* (5ª ed.). Sulina.

Nascimento, A., & Rodrigues, A. (2019). Perspectivas insubmissas de mulheres negras sobre o proibicionismo das drogas. In M. O. Pereira & R. G. Passos (Orgs.), *Luta antimanicomial e feminismos: Inquietações e resistências*. Autografia.

Nunes, M. de O., Torrenté, M. de, & Carvalho, P. A. L. de. (2022). O circuito manicomial de atenção: Patologização, psicofarmaceuticalização e estigma em retroalimentação. *Psicologia: Ciência e Profissão, 42*, e241846. https://doi.org/10.1590/1982-3703003241846

Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (2015). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa, intervenção e produção de subjetividade*. Sulina.

Patrocínio, S. (2001). *O reino dos bichos e dos animais é o meu nome*. Azougue Editorial.

Pereira, M. O., & Passos, R. G. (Orgs.). (2017). *Luta antimanicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Autografia.

Pereira, P. K., Vieira, C. L., Santos, J. F. C., Lima, L. A., Legay, L. F., & Lovisi, G. M. (2014). Avaliação de desfechos perinatais/infantis em partos de pacientes com transtornos mentais maiores de um hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 30*(8). https://doi.org/10.1590/0102-311X00080213

Quijano, A. (2005). Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In E. Lander (Org.), *A colonialidade do saber: Eurocentrismo e ciências sociais: Perspectivas latino-americanas* (p. 130). CLACSO.

Resnik, S. (1986). *La experiencia psicótica*. Tecnipublicaciones.

Ribeiro, A. C. B., Rodrigues, B. B., Carvalho, L. H. B. G., Ribeiro, A. de A., & Silva, M. P. (2021). Interface entre prevalência, fatores de risco e terapêutica da psicose puerperal: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development, 7*(1), 294–302. https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-022

Ribeiro, D. C., Lamb, N. E., & Mascarenhas, W. F. (2018). Memória da loucura e as reflexões sobre a reforma psiquiátrica brasileira: O papel dos arquivos para a construção de políticas públicas na saúde mental. *Acervo, 31*(1), 49–63. https://revista.arquivonacional.gov.br/index.php/revistaacervo/article/view/871

Rosseti, D. M. G. S. (2019). *A loucura de ser mãe: Vivências da maternidade por mulheres em sofrimento psíquico em Manaus, Amazonas* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Amazonas]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/7437

Rossi, A. (2021). O método da cartografia ou um ensaio esquizoanalítico. In A. Rossi, *Formação em esquizoanálise* (pp. 19–40). Appris.

Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (Orgs.). (2018). *Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico*. Autêntica.

Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: A trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde, 19*, e00313145. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00313

Santos, A. B. dos. (2023). *A terra dá, a terra quer*. Ubu Editora.

Settani, S. S., Santos, P. B., Silva, J. C. M., Wanderley, T. C., & Santos, R. B. (2022). Maternidade e uso de substâncias psicoativas: Narrativas de mulheres atendidas em serviços de reabilitação

psicossocial. *Enfermagem em Foco, 13*, e20223. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-20223

Silva, V. L. da C. e, Turci, S. R. B., Oliveira, A. P. N. de, & Richter, A. P. (2017). O risco de parcerias público-privadas em saúde pública pode ser classificado? *Cadernos de Saúde Pública, 33*, e00086316. https://doi.org/10.1590/0102-311X00086316

Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 13*(4), 591–595. https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400019

Sisi, A. (2019). Para Além dos Manicômios: a politização dos afetos como o caminho para a saúde mental de negras mulheres. In M. O. Pereira & R. G. Passos (Orgs.), Luta antimanicomial e feminismos: Inquietações e Resistências. Autografia.

Takeda, K. F. F., Magalhães, M. S. S., Soares, T. de N., Souza, A. C. O. de, Begot, E. G. L., & Silva, G. S. e. (2024). A saúde mental da puérpera: Uma revisão integrativa sobre o pós-parto das mulheres que usaram narcóticos na gestação. *Revista Foco, 17*(1), e4213. https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n1-201

Teixeira, C. S., Barbosa, T. L., Marangoni, V. S. L., Neves, A. L. M. das, & Therense, M. (2019). Aspectos da gestação e puerpério de mulheres com transtornos mentais. *Revista de Enfermagem UFPE On Line, 13*, e239705. https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239705

Theme Filha, M. M., Leal, M. C., Gama, S. G. N., Bittencourt, S. D. A., Esteves-Pereira, A. P., & Leal, C. M. (2024). Nascer no Brasil II: Protocolo de investigação da saúde materna, paterna e da criança no pós-parto. *Cadernos de Saúde Pública, 40*(4), e00249622. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT249622

Valença, A. M., Nascimento, I., Mecler, K., Freire, R., Mezzasalma, M. A., Leão, V., & Nardi, A. E. (2010). Comportamento violento, gênero e psicopatologia. *Revista Latinoamericana de*

Psicopatologia Fundamental, 13(2), 238–252. https://doi.org/10.1590/S1415-47142010000200006

Valladão, V. da C. S., Araújo, D. da S., Dalchiavon, G. G., Pinto, P. M. A., & Costa, L. S. A. da. (2024). Histerectomia total: Uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 10*(5), 3021–3029. https://doi.org/10.51891/rease.v10i5.14041

Van der Kolk, B. (2020). *O corpo guarda as marcas: Cérebro, mente e corpo na cura do trauma*. Sextante.

Wasum, F. D., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., & Heck, R. M. (2024). Avaliação de quarta geração: Intervenções realizadas na atenção à crise em saúde mental. *Saúde em Debate, 48*(142), e9252. https://doi.org/10.1590/2358-289820241429252P

Zanello, V. (2017). Saúde mental, gênero e interseccionalidades. In M. O. Pereira & R. G. Passos (Orgs.), *Luta antimanicomial e feminismos: Discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Autografia.

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Appris.

Zanello, V., & Andrade, A. P. M. (Orgs.). (2014). *Saúde mental e gênero: Diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Appris.

Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética, 20*(2), 267–279. https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745

Zveiter, M., Almeida, L. M., & Gomes, R. L. (2022). O fim anunciado da Rede Cegonha: Que decisões tomaremos para o nosso futuro? *Revista de Enfermagem UERJ, 30*(1), e66736. https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.66736

8. APÊNDICE

APÊNDICE I- Roteiro de entrevista semiestruturada direcionado às usuárias dos leitos de saúde mental do hospital-maternidade.

1. Me conta sua história quanto às questões de saúde mental?
2. Como é ser mulher com questões de sofrimento psíquico agudo e/ou quanto às questões de usos de drogas? (a depender da demanda que levou a internação da mulher nos leitos de saúde mental).
3. Como foi sua experiência com a gravidez/parto e puerpério? (a depender da fase do ciclo em que a mulher se encontra)
4. Como você percebe o cuidado em saúde aqui nos leitos de saúde mental?
5. Como você imagina que vai ser daqui para frente em relação à maternidade e os cuidados em saúde mental?

Considerações finais: há algo a mais que a gente não tenha conversado que você gostaria de compartilhar?

APÊNDICE II- Roteiro de entrevista semiestruturada direcionado aos trabalhadores de saúde dos leitos de saúde mental do hospital-maternidade

1. Me conta sobre o seu trabalho aqui nos leitos de saúde mental do hospital-maternidade?
2. Como você percebe o cuidado em saúde diante das mulheres que passam pela maternidade junto com sofrimento psíquico agudo?
3. Como você percebe o cuidado em saúde diante das mulheres com necessidades decorrentes do uso de crack/ álcool e outras substâncias no ciclo gravídico-puerperal?
4. O que orienta teórica e tecnicamente seu trabalho nos leitos de saúde mental da maternidade?
5. Como você observa que o sofrimento psíquico agudo e/ou o uso de substâncias atravessa a mulher e a maternidade?
6. Como se dá a sua relação com as usuárias dos leitos?

Considerações finais: há algo a mais que a gente não tenha conversado que você gostaria de compartilhar?

APÊNDICE III- Roteiro de entrevista semiestruturada direcionado aos acompanhantes das usuárias dos leitos de saúde mental.

1. Qual sua relação com a usuária a qual acompanha? me conta um pouco da sua história com ela.
2. Como você observa que o sofrimento psíquico agudo e/ou o uso de substâncias atravessa a usuária e a sua maternidade?
3. O que você observa sobre os cuidados em saúde mental com as usuárias?
4. Como você observa a sua relação com os trabalhadores de saúde dos leitos de saúde mental?

Considerações finais: há algo a mais que a gente não tenha conversado que você gostaria de compartilhar?

APÊNDICE IV- Questionário Socioeconômico

1) Nome:

2) Endereço de origem:

Rua: **Nº:**

Cidade: **Estado:**

Este endereço fica: Zona urbana central ( ) Zona urbana periférica ( )

Zona rural ( )

3) Estado Civil: ( ) Solteiro (a) ( ) Casado (a)

( ) Separado (a) / divorciado (a)

( ) Viúvo (a) ( ) mora com o (a) companheiro (a)

4) Cor autodeclarada: ( ) Branco (a) ( ) Pardo (a) ( ) Preto (a) ( ) Amarelo (a)

5) Gênero: ( ) Homem ( )Mulher ( ) travesti ( ) não binário ( ) outros _____

6) É membro de grupo com pertencimento étnico cultural de povos e comunidades tradicionais?

( ) Sim ( ) Indígena ( ) Quilombola

Outros –

especifique:_____

( ) Não

7) É pessoa com deficiência? (Possui algum tipo de deficiência:)

( ) Sim Em caso de resposta afirmativa especifique:

_____

( ) Não

8) Escolaridade:

( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental Completo ( ) Médio Incompleto

( ) Médio completo ( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo ( ) Pós-graduação

Em caso de superior completo especifique: _____

9) Qual a renda mensal total da sua família? (considere a renda de todos os integrantes da família que moram na mesma residência, incluindo você) R$ _____

10) Qual o número de pessoas que vivem da renda mensal familiar: (incluindo você)

( ) Uma ( ) Duas ( ) Três ( ) Quatro ( ) Cinco ( ) Outro _____

11) Em qual faixa de renda Per Capita s família se encontra? (Renda Per Capita é o resultado da renda familiar total dividido pelo número de membros da família):

( ) R$ 0,00 a 522,50

( ) R$ 522,51 a R$ 1.518, 00

( ) R$ 1.518,01 a R$ 3.o36,00

( ) R$ 3.036, 01 a R$ 6.072, 00

( ) Acima de R$ 6.072, 01

12) Quem é a pessoa que mais contribui na renda mensal familiar? Cite a atividade laboral, mesmo que seja trabalho informal:

( ) Você mesmo ( ) Cônjuge / companheiro (a) ( ) Pai ( ) Mãe ( )

Outra pessoa, quem? _____

Especifique a atividade/profissão:_____

13) Qual é sua participação no contexto econômico do seu núcleo familiar:

( ) Você não trabalha e seus gastos são custeados pelos pais ou outros familiares

( ) Você trabalha e é independente financeiramente

( ) Você trabalha, mas não é independente financeiramente

( ) Você trabalha e é responsável pelo sustento da família

( ) Recebe algum tipo de auxílio do governo

14) Você possui alguma renda mensal individual?

( ) Sim ( ) Não

Caso tenha marcado **"SIM"** informar qual das opções abaixo está de acordo com sua realidade socioeconômica.

( ) Mesada fornecida pelos pais ou familiares

( ) Pensão

( ) Aposentadoria

( ) Outras. Especifique: _____ Valor: R$ _____

15) Família é cadastrada no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único / CadÚnico)?

( ) Sim ( ) Não Responsável pelo Cadastro Único _____

16) A família é beneficiária em algum dos programas sociais do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único / CadÚnico)):

( ) Programa Bolsa Família

( ) Tarifa Social de Energia Elétrica

( ) Programa Minha Casa Minha Vida

( ) Benefício de Prestação Continuada – BPC/LOAS

( ) Bolsa Estiagem

( ) Outros, especificar _____

17) Você ou algum familiar é acompanhado por algum Centro de Referência do Município?

( ) Sim, marque a opção ( ) CRAS ( ) CREAS () CAPS

QUEM? Citar a pessoa e o grau de

parentesco:_____

( ) Não

18) O domicílio do grupo familiar é:

( ) Residência própria ( ) Alugada ( ) Cedida ( ) Financiada

Quantidade de cômodos: _____

19) Você apresenta alguma doença grave?

( ) Sim, em caso de resposta afirmativa, especifique:_____ ( ) Não

20) Alguém do seu núcleo familiar apresenta doença grave?

( ) Sim ( ) Não

Em caso de resposta afirmativa, especifique:_____

Quem?

_____

APÊNDICE V- *Roteiro do encontro coletivo.*

Planejamento de Ação
Encontro coletivo com trabalhadoras (es) do SUS, usuárias/os e acompanhantes da Maternidade Dona Evangelina Rosa

Local: Auditório Maternidade Dona Evangelina Rosa
Facilitadora: Isabela Brito Lima
Público: Trabalhadoras (es) do SUS, usuárias/os e acompanhantes da Maternidade Dona Evangelina Rosa
Objetivo: O encontro será direcionado para partilha e discussão por meio de roda de conversa sobre os temas de saúde mental, mulheres e maternidade.

Primeiro ato: O encontrar

Em um primeiro momento, a partir da aproximação e chegada das pessoas até o auditório todas (os) serão convidados a sentarem em círculo. Nesse momento, a pesquisadora irá explicar brevemente e de maneira clara os objetivos da pesquisa e pactuar em comum acordo para o bom funcionamento do encontro. Será o momento também de apresentação do TCLE, leitura coletiva do documento e será direcionado o tempo necessário para que cada um faça a leitura, tire suas dúvidas sobre o consentimento.

Após, os participantes voluntários da pesquisa serão convidados a se apresentarem, um a um, informando os seguintes dados: **nome, idade, onde mora, o que o trouxe para a Maternidade Dona Evangelina Rosa (Se é usuário, trabalhador do sus, acompanhante) e o que o trouxe ao encontro coletivo sobre saúde mental, mulheres e maternidades.**

Segundo ato: pensar juntos

Após a apresentação de todos e todas, será entregue para cada participante folhas em branco e deixado à disposição lápis de cor e canetas para que respondam às seguintes questões:

- O que é saúde mental?
- O que são as mulheres?
- O que é a maternidade?

- O que é uma mulher louca?

As perguntas serão feitas uma por vez e os participantes terão o tempo de dez minutos para responder cada uma, utilizando a escrita, desenho, palavras, poesia, o que quiserem. Após cada um exibir sua resposta a perguntas, haverá algumas problematizações lançadas pela pesquisadora:

- Toda mulher é igual?
- O que é o sofrimento emocional?
- O que pode uma mulher?
- O que pode uma mulher em sofrimento emocional?
- Que outros sentidos podemos dar à palavra louca?
- E quando a mulher louca é mãe?

Terceiro ato: pensar com o sentir

As perguntas problematizadoras visam disparar e direcionar a discussão. Após, será exibido por meio de projetor de som e vídeo o clipe da música "Triste, louca ou má" da banda Francisco El Hombre, do ano de 2016. Todos serão convidados a perceberem quais sensações vem ao corpo, quais os sentimentos e quais os pensamentos ocorrem enquanto assistimos juntos.

Link do clipe: https://youtu.be/lKmYTHgBNoE?si=bc7jDjk0MPDNt7q3.

Letra da música:

Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família
Cuida, cuida da rotina
Só mesmo, rejeita
Bem conhecida receita
Quem não sem dores

Aceita que tudo deve mudar
Que um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define
Você é seu próprio lar
Um homem não te define
Sua casa não te define
Sua carne não te define (você é seu próprio lar)
Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só
Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só
Eu não me vejo na palavra
Fêmea, alvo de caça
Conformada vítima
Prefiro queimar o mapa
Traçar de novo a estrada
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar
E um homem não me define
Minha casa não me define
Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar
E o homem não me define
Minha casa não me define
Minha carne não me define
Eu sou meu próprio lar
Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só
Ela desatinou, desatou nós
Vai viver só
Ela desatinou, desatou nós (e um homem não me define, minha casa não me define)

Vai viver só (minha carne não me define)
(Eu sou meu próprio lar)
Ela desatinou, desatou nós (e um homem não me define)
Vai viver só (minha carne não me define).

Quarto ato: fechamento

Após a exibição do clipe, todos serão convidados a compartilhar **como se sentiram frente a música e o vídeo** e o **que essa música pode ter a ver com nossa discussão anterior**. A pesquisadora irá realizar o fechamento trazendo a reflexão sobre como o olhar social sobre as mulheres e o adoecimento psíquico grave e persistente atravessam o acesso dessas mulheres aos seus direitos, principalmente frente a maternidade.

Adiante, será oferecido pela pesquisadora um lanche coletivo.

APÊNDICE VI- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE etapa do encontro coletivo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Esta é uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte à pesquisadora qualquer dúvida que você tiver, pois o pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma que ficará com você e outra com os pesquisadores. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus.

Esta pesquisa de título "Interseções entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede Cegonha Cartografia da saúde mental em hospital-maternidade", está sob a responsabilidade da pesquisadora colaboradora Isabela Brito Lima e do pesquisador responsável professor Dr. João Paulo de Sales Macedo. O projeto tem como objetivo cartografar as experiências de produção de saúde em leitos de saúde mental em hospital-maternidade.

A pesquisa se justifica a partir do local de marginalidade e precarização do cuidado frente às especificidades de saúde de mulheres e maternidades perpassadas pela experiência do adoecimento mental grave e persistente. Pesquisar essas maternidades encontra pertinência frente a histórica desigualdade e invisibilização quanto ao tema e seus atravessamentos. Os dados encontrados na revisão de literatura defendem a necessidade de pesquisas que contribuam para o enriquecimento e avanço das teorias e técnicas acerca da produção de cuidado em saúde mental interseccionado a temas de gênero, maternidade e sofrimento psíquico agudo e/ou a questão do uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas.

Pesquisar a produção de cuidado em saúde nos leitos de saúde mental localizados na maior hospital-maternidade do Brasil encontra pertinência na possibilidade de mapear e divulgar práticas e técnicas de produção de saúde, potencialidade construídas no cotidiano assistencial, trazendo visibilidade às vivências de mulheres, maternidades e suas especificidades.

Para a realização desta pesquisa, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura deste documento que visa assegurar seus direitos como participante. Sua participação é voluntária, sem custos para você, e se dará por meio de encontro coletivo entre trabalhadores de saúde, usuários dos leitos de saúde mental e seus acompanhantes, inseridos no contexto da Maternidade Dona Evangelina Rosa - MDER. O encontro terá duração máxima de 02 (duas) horas, e tem como objetivo discutir sobre saúde mental, mulheres e maternidades. Após o encontro, a pesquisadora Isabela Brito Lima irá transcrever suas impressões e afetos sobre o encontro, além de falas dos participantes e afetos compartilhados em diários de campo.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, esclarecemos que os riscos dessa pesquisa são: possibilidade de desencadear sofrimento/desconforto emocional e/ou constrangimento nos participantes da pesquisa: ao rememorar os caminhos percorridos na saúde e os tipos de produção de saúde mental experimentados e produzidos, é possível a experiência de sofrimento emocional de alguma ordem, ou desconforto. Diante desses casos, será ofertado aos participantes da pesquisa uma escuta qualificada, acolhimento e atendimento diante crise por parte da pesquisadora, como também, a depender do nível de mobilização do participante, será encaminhado o caso para equipe de psicologia do hospital-maternidade e pensado em conjunto com a equipe possíveis alternativas de cuidado extra hospitalares, como encaminhamento para atendimento gratuito pelo SUS, garantindo assistência imediata, integral, adequada e gratuita.

Existe também a possibilidade quebra de anonimato/Invasão de Privacidade/Exposição, nesses casos será estabelecido um acordo entre as partes de que não será permitido o uso de seu nome ou qualquer menção que a associe aos dados coletados, como também as entrevistas serão realizadas sem a presença de terceiros/as, a menos que seja considerado necessários. Quanto aos dados coletados e armazenados no computador serão utilizados programas certificados de proteção aos dados.

Quanto a comunicação do TCLE se dará de forma escrita e oral, na qual cada participante da pesquisa receberá o TCLE por escrito, em duas vias, e seu conteúdo será explicado oralmente pela pesquisadora assistente. Durante a comunicação do TCLE a pesquisadora irá adaptar a explicação de forma a ser clara e acessível aos participantes, considerando as características individuais, sociais e econômicas de cada um. A pesquisadora também irá se dispor para sanar qualquer dúvida que venha a surgir. A comunicação se dará no momento do encontro coletivo, presencialmente.

A comunicação do consentimento livre e esclarecido preza pelo conforto dos participantes da pesquisa, de forma espontânea e baseada na confiança e vínculo desenvolvido entre a pesquisadora, o campo e os indivíduos

que o habitam. Como estratégia de cuidado e compromisso com os participantes da etapa do encontro coletivo, o TCLE conterá informações de contato, com e-mail e telefone, dos pesquisadores.

Se você aceitar participar, contribuirá como um meio de elaboração dos processos vivenciados por parte dos participantes da pesquisa, ou mesmo um instrumento de percepção sobre os atos de trabalho em saúde mental que possibilitem a tomada de consciência das potencialidades do trabalho em saúde mental, vinculação com a RAPS e demais dispositivos de saúde. No mais, a presente pesquisa irá beneficiar a ciência e sociedade contribuindo para o enriquecimento das pesquisas na área de saúde mental e gênero que poderão, por sua vez, contribuir para a construção de políticas públicas e inovação em saúde.

Contudo, pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento), podendo desistir de participar em qualquer momento, sem nenhum prejuízo, atendendo a Resolução CNS Nº 466/2012.

Todos os resultados dessa pesquisa serão utilizados apenas para a sua execução, cuja finalidade é acadêmico-científico (divulgação em revistas e eventos científicos), e seus dados ficarão sob sigilo e guarda dos pesquisadores responsáveis. Também lhe será assegurado o direito de assistência integral gratuita contra quaisquer danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da pesquisa, pelo tempo que for necessário. Caso haja algum dano direto/indireto decorrente de sua participação, não sanado pelo responsável, o senhor(a) poderá buscar indenização por meio das vias legais vigentes no Brasil.

Ao final da pesquisa, a pesquisadora garante que todos os participantes da pesquisa terão acesso ao resultado, que serão enviados via os contatos colhidos, como também serão divulgados em plataformas de divulgação científica, cumprindo com o objetivo social de contribuição acadêmico-científica e inovação.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável, o Dr. João Paulo Sales Macedo pelo telefone/celular (86) 99946-2381 (disponível também para ligação a cobrar) ou com a pesquisadora Isabela Brito Lima pelo telefone/celular (86) 99408-7954 (disponível também para ligação a cobrar) ou pelo e-mail psi.isalima@gmail.com.

Se preferir, pode levar esse Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se mesmo assim as dúvidas persistirem, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFDPar (CEP/UFDPar), que é um colegiado interdisciplinar, independente, que acompanha, analisa e julga se as pesquisas científicas que envolvem seres humanos preservam a integridade e dignidade do participante da pesquisa, no seguinte endereço: Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Campus Ministro Reis Velloso. Av. São Sebastião, 2819, Bairro Nossa Senhora de Fátima, Parnaíba-PI; Espaço de Ciências Sociais e Humanas – ECSH, bloco 06, sala 46; com atendimento ao público de segunda à sexta-feira das 14h às 17h30min. O participante também pode acessar o site do CEP/UFDPAR https://ufdpar.edu.br/propopi/paginas/comite-de-etica-em-pesquisa-cep/comite-de-etica-em-pesquisa-da-ufdpar.

Como também são disponibilizados o telefone e e-mail do CEP/UFDPAR

Fone: (86) 99427-1383

E-mail: propopi.cep@ufdpar.edu.br

Esse Termo será elaborado em duas VIAS, rubricadas em todas as suas páginas e assinado ao seu término por você, e pelos pesquisadores responsáveis, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, e ficando com a posse de uma delas.

Teresina-PI, ____/_____/_____

_____

Assinatura do Participante

Contatos do participante: _____

_____
Pesquisadora Assistente
Nome: Isabela Brito Lima
CPF: 040.665.383-63
Instituição: Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Área: Psicologia
Departamento/Curso: Programa de Pós-graduação em Psicologia

_____
Nome: João Paulo Sales Macedo
CPF: 632.737.643-68
Instituição: Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Área: Psicologia
Departamento/Curso: Programa de Pós-graduação em Psicologia

APÊNDICE VII- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE etapa entrevistas individuais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Esta é uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Delta do Parnaíba. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte à pesquisadora qualquer dúvida que você tiver, pois o pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma que ficará com você e outra com os pesquisadores. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum ônus.

Esta pesquisa de título "Interseções entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede Cegonha Cartografia da saúde mental em hospital-maternidade", está sob a responsabilidade da pesquisadora colaboradora Isabela Brito Lima e do pesquisador responsável professor Dr. João Paulo de Sales Macedo. O projeto tem como objetivo cartografar as experiências de produção de saúde em leitos de saúde mental em hospital-maternidade.

A pesquisa se justifica a partir do local de marginalidade e precarização do cuidado frente às especificidades de saúde de mulheres e maternidades perpassadas pela experiência do adoecimento mental grave e persistente. Pesquisar essas maternidades encontra pertinência frente a histórica desigualdade e invisibilização quanto ao tema e seus atravessamentos. Os dados encontrados na revisão de literatura defendem a necessidade de pesquisas que contribuam para o enriquecimento e avanço das teorias e técnicas acerca da produção de cuidado

em saúde mental interseccionado a temas de gênero, maternidade e sofrimento psíquico agudo e/ou a questão do uso de substâncias como crack, álcool e outras drogas.

Pesquisar a produção de cuidado em saúde nos leitos de saúde mental localizados na maior hospital-maternidade do Brasil encontra pertinência na possibilidade de mapear e divulgar práticas e técnicas de produção de saúde, potencialidade construídas no cotidiano assistencial, trazendo visibilidade às vivências de mulheres, maternidades e suas especificidades.

Para a realização desta pesquisa, solicitamos sua colaboração mediante a assinatura deste documento que visa assegurar seus direitos como participante. Sua participação é voluntária, sem custos, e se dará por meio de aplicação de entrevistas semiestruturadas, formada por perguntas abertas, com duração máxima estimada em 60 minutos, que ocorrerão dentro das dependências do hospital-maternidade, em data e horário acordados entre a pesquisadora e o participante voluntário da pesquisa. As entrevistas terão os áudios gravados, via aplicativo do smartphone da própria pesquisadora, na qual posteriormente serão transcritos no diário de campo da pesquisadora. Portanto, é solicitado ainda neste documento a autorização para gravação do áudio da entrevista.

Caso o participante da pesquisa que autorize a gravação posteriormente deseje ouvir o áudio da sua entrevista, recebê-lo ou mesmo pedir para que a pesquisadora assistente e pesquisador responsável excluam o documento de áudio inteiro ou em partes, ou mesmo retirem sua participação e falas, poderá ser feito em qualquer momento. Os documentos de gravação em áudio serão utilizados apenas para posterior transcrição das falas. Os documentos de áudio serão armazenados digitalmente de maneira segura.

Quanto a comunicação do TCLE se dará de forma escrita e oral, na qual cada participante da pesquisa receberá o TCLE por escrito, em duas vias, e seu conteúdo será explicado oralmente pela pesquisadora responsável. Durante a comunicação do TCLE a pesquisadora irá adaptar a explicação de forma a ser clara e acessível aos participantes, considerando as características individuais, sociais e econômicas de cada um. A pesquisadora também irá se dispor para sanar qualquer dúvida que venha a surgir A comunicação será presencial junto ao indivíduo, nas dependências do hospital-maternidade.

A comunicação do consentimento livre e esclarecido prezará pelo conforto do participante da pesquisa, de forma espontânea e baseada na confiança e vínculo desenvolvido entre a pesquisadora, o campo e os indivíduos que o habitam. Como estratégia de cuidado e compromisso com os participantes da etapa das entrevistas, o TCLE conterá informações de contato, com e-mail e telefone, da pesquisadora responsável.

Se você aceitar participar, contribuirá como um meio de elaboração dos processos vivenciados por parte dos participantes da pesquisa, ou mesmo um instrumento de percepção sobre os atos de trabalho em saúde mental que possibilitem a tomada de consciência das potencialidades do trabalho em saúde mental, vinculação com a RAPS e demais dispositivos de saúde. No mais, a presente pesquisa irá beneficiar a ciência e sociedade contribuindo para o enriquecimento das pesquisas na área de saúde mental e gênero que poderão, por sua vez, contribuir para a construção de políticas públicas e inovação em saúde.

Contudo, pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento), podendo desistir de participar em qualquer momento, sem nenhum prejuízo, atendendo a Resolução CNS Nº 466/2012.

Todos os resultados dessa pesquisa serão utilizados apenas para a sua execução, cuja finalidade é acadêmico-científico (divulgação em revistas e eventos científicos), e seus dados ficarão sob sigilo e guarda dos pesquisadores responsáveis. Também lhe será assegurado o direito de assistência integral gratuita contra quaisquer danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da pesquisa, pelo tempo que for necessário. Caso haja algum dano direto/indireto decorrente de sua participação, não sanado pelo responsável, o senhor(a) poderá buscar indenização por meio das vias legais vigentes no Brasil.

Ao final da pesquisa, a pesquisadora garante que todos os participantes terão acesso ao resultado da pesquisa, que serão enviados via os contatos colhidos, como também os resultados serão divulgados em plataformas de divulgação científica, cumprindo com o objetivo social de contribuição acadêmico-científica e inovação.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, antes ou mesmo depois de indicar sua concordância, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável, o Dr. João Paulo Sales Macedo pelo telefone/celular (86) 99946-2381 (disponível também para ligação a cobrar) ou com a pesquisadora Isabela Brito Lima pelo telefone/celular (86) 99408-7954 (disponível também para ligação a cobrar) ou pelo e-mail psi.isalima@gmail.com.

Se preferir, pode levar esse Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se mesmo assim as dúvidas persistirem, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFDPar (CEP/UFDPar), que é um colegiado interdisciplinar, independente, que acompanha, analisa e julga se as pesquisas científicas que envolvem seres humanos preservam a integridade e dignidade do participante da pesquisa, no seguinte endereço: Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Campus Ministro Reis Velloso. Av. São Sebastião, 2819, Bairro Nossa Senhora de Fátima, Parnaíba-PI; Espaço de Ciências Sociais e

Humanas – ECSH, bloco 06, sala 46; com atendimento ao público de segunda à sexta-feira das 14h às 17h30min. O participante também pode acessar o site do CEP/UFDPAR https://ufdpar.edu.br/propopi/paginas/comite-de-etica-em-pesquisa-cep/comite-de-etica-em-pesquisa-da-ufdpar.
Como também são disponibilizados o telefone e e-mail do CEP/UFDPAR

Fone: (86) 99427-1383

E-mail: propopi.cep@ufdpar.edu.br

Esse Termo será elaborado em duas VIAS, rubricadas em todas as suas páginas e assinado ao seu término por você, e pelos pesquisadores responsáveis, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu, _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, e ficando com a posse de uma delas.

Teresina-PI, ____/_____/_____

_____
Assinatura do Participante

Contatos do participante: _____

_____
Pesquisadora Assistente
Nome: Isabela Brito Lima
CPF: 040.665.383-63
Instituição: Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Área: Psicologia
Departamento/Curso: Programa de Pós-graduação em Psicologia

_____
Nome: João Paulo Sales Macedo
CPF: 632.737.643-68
Instituição: Universidade Federal do Delta do Parnaíba
Área: Psicologia
Departamento/Curso: Programa de Pós-graduação em Psicologia