



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

HEIDER VICTOR CABRAL DE MOURA

**A MÃO QUE CUIDA É A MESMA QUE ESTIGMATIZA:
ANÁLISE CONTRA-COLONIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PRODUÇÕES
PSIQUIÁTRICAS DA UFPE**

RECIFE

2023

HEIDER VICTOR CABRAL DE MOURA

**A MÃO QUE CUIDA É A MESMA QUE ESTIGMATIZA:
ANÁLISE CONTRA-COLONIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PRODUÇÕES
PSIQUIÁTRICAS DA UFPE**

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

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vívian Matias dos Santos

Recife

2023

Catálogo na Fonte
Bibliotecário: Rodrigo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

M929m Moura, Heider Victor Cabral de.
A mão que cuida é a mesma que estigmatiza : análise contra-colonial do sofrimento psíquico em produções psiquiátricas da UFPE / Heider Victor Cabral de Moura. – 2023.
167 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientadora : Vívian Matias dos Santos.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Sofrimento psíquico. 3. Saúde mental. 4. Contra-colonial. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil). Rede de Atenção Psicossocial. I. Santos, Vívian Matias dos (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22.ed.) UFPE (CFCH2023-213)

HEIDER VICTOR CABRAL DE MOURA

**A MÃO QUE CUIDA É A MESMA QUE ESTIGMATIZA: ANÁLISE
CONTRA- COLONIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO EM PRODUÇÕES
PSIQUIÁTRICAS DA UFPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: PSICOLOGIA.

Aprovado em: 29/08/2023.

BANCA EXAMINADORA

Participação via Videoconferência

Prof^a. Dr^a. Vívian Matias dos Santos (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Participação via Videoconferência

Prof. Dr. Bruno Robson de Barros Carvalho (Examinador Externo)
Centro Universitário do Rio São Francisco

Participação via Videoconferência

Prof^a. Dr^a. Jaileila de Araújo Menezes (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Observação

A defesa em epígrafe foi realizada integralmente, por videoconferência, envolvendo a Banca Examinadora e o discente, através de recursos de videoconferência, que possibilitaram realizar a discussão acadêmica sobre o objeto de estudo, com som e imagem.

Para Walter

AGRADECIMENTOS

“Amizade era testemunhar o lento gotejar de tristezas, as longas crises de tédio e os triunfos ocasionais do outro. Era sentir-se honrado pelo privilégio de estar presente durante os momentos mais sombrios de outra pessoa e saber que você também podia ter seus momentos sombrios perto dela.”

Hanya Yanagihara

Como esta é minha última trajetória acadêmica, me coloco com o dever de agradecer a algumas pessoas: porque foi através deles/delas que consegui definitivamente concluir; e por ter a existência delas como campo de memórias para criar as raras alegrias durante essa minada estrada. De formas diferentes, estas pessoas poderão ficar tristes, mas entenderão, como já entendem. Acrescento também dois lugares pelos quais transitei e me fizeram sentir o que seria essa suposta vida (também na zona de memórias).

Agradeço a minha mãe (Maria) pela paciência com o pior filho do mundo, obrigado por ter mais vida que eu e ter esperança. Obrigado por ter me aguentando durante as piores situações que minha mente e eu criamos. Por, de algum modo, ainda acreditar em mim, a despeito dos incontáveis fracassos, e ter suportado meu horrível genitor. Não somente por ter sofrido por minhas piores, como por ter continuado me amando. Obrigado por ter sido minha mãe, com os fardos habituais e as ocasionais alegrias. Agradeço ao meu melhor amigo (Thiago Alberes) por ter entrado na minha vida e por décadas ter me acolhido e sempre presente, por ter sido o amigo no sentido mais vasto deste mundo e ser a amizade que toda pessoa merece ter – o qual constitui o corpo das poucas boas lembranças que tenho. Thiago Alberes é capaz de pegar o peso de papel que sou e transformar em boa realidade, mesmo ciente e respeitoso o quão temporário isso é. Grato, Thiago. Nem que eu não fosse eu, não teria como te agradecer tanto. Você exala vida e te agradeço por cada sopro dela que você me oportunizou. Mesmo que eu vivesse mil vezes, não teria um amigo como você. Obrigado a primeira amiga acadêmica (Maria Angélica) por ter me amparado de uma forma em 2008 que poucas amparariam, por ter apertado minha mão num leito do Hospital da Restauração e continuar apertando até hoje, acreditando em mim com uma esperança que irrita minha depressão, tendo fé e acreditando num futuro. A mente pode ser nossa pior inimiga, a ansiedade que nos faz querer a dor física e amizades como a de Angélica são como guias dentro de uma perpétua escuridão. Meus agradecimentos a uma pessoa que parece que consegue nas mais simples conversas respeitar, abraçar e compreender minha tristeza (Sheila Gomes), a qual tiro os sentimentos, junto com as demais amizades, de maior amparo da minha vida, estando próxima mesmo quando sou tão desagradável quanto uma ferida

purulenta, abraçando o quão soturno sou, torcendo por melhores amanheceres - me conhecendo tão bem, porém, que sabe que o frio da noite me corta todo dia. À uma das poucas pessoas, tal como as citadas, que permaneceu comigo a despeito de toda a toxidade, promiscuidade e negatividade: Jessyka Nayanny - porém sempre dizendo boas verdades e me fazendo ter contato com a realidade como a maioria das pessoas que não vivem em completa ansiedade. Jessyka reconhece quem sou, me respeita e fez o que pôde para me tirar disto. Sabendo da impossibilidade, compreende e, mesmo com tristeza, me trata com toda cordialidade, respeito e amor. Tenha uma excelente vida, Jessyka!. Amizades que sabem o suficiente para me considerar até otimista, diante da minha nojenta (para mim) permanência no mundo se mantêm, tal como Wilma Figueiredo: desde o 2º período de uma longínqua época ter me abraçado ‘sem motivo’, me dizendo palavras elogiosas, ter me agraciado com a permanência do seu contato e por ser quem ela é – maravilhosa. Wilma, aqui fica um registrado Adeus e um agradecimento: da medíocre existência ter cruzado existências grandiosas como a sua. Obrigado a Juliette Leite, pois é a pessoa da qual lembro do quão bom pode ser o ser humano, no quão agradável podemos ser e do quão lutadores somos (embora diferente dela, eu não mais sou e ela entende!). Meus agradecimentos, Juliette. Obrigado por cada simples mensagem e conversa (e por numa crise choro no 3º período você ter me abraçado em pleno corredor). Agradeço a Berg e Vanúbia, ambos pela amizade, o primeiro pelo apoio ao me preparar para os meandros acadêmicos e a segunda pela paciência de dividir casa comigo. Há uma pessoa da qual sempre invejei pela aparência e hoje por tudo que ela é, falo de Thiago Santos. Thiago Santos é a versão que gostaria para mim, só que feliz. É isso que Thiago Santos é: tão tranquilo com a vida e consigo mesmo, transformando-se numa das pessoas que mais admirei neste mundo. O valor dele é ele ser quem é. Tua esperança é tão simples que chega a ser palpável em determinados momentos. Devido ao fracasso de existir que sou, não consigo senti-la, mas te ver expressando é tão autêntico que me faz ter uma lembrança: tem pessoas assim no mundo - devastador medo das socializações não me permite sentir o que você sente, Thiago. Muito Obrigado, Thiago Santos!

Todas essas amizades respeitando e amáveis mesmo com a obscuridade que sou.

Agradeço a Isabela Marques por ter me dado um susto com um e-mail e ter me dado o prazer de conhecer como a Saúde Mental podia ter a ótica decolonial, assim como a brilhante pesquisadora que é, encontrando-se, inclusive, nas referências desta dissertação.

Meu agradecimento a Prof.^a Lucicleide e a psicóloga Rafaela Nascimento por terem me acolhido em 2009 no plantão psicológico da UFPE e terem literalmente salvo minha vida (sempre nojenta, na minha opinião), minha graduação e me dado o senso de continuar. Não

consegui, fracasso todos os dias, mas o ato do acolhimento de vocês duas é algo que certamente as poucas pessoas que gostam de mim agradecem. Obrigado por terem passado por minha curta existência.

Agradeço a psicóloga que me acolhe e oferta cuidado em saúde mental para mim neste momento: Alexandra. Agradeço por cada encontro, seja remoto ou presencial, por cada palavra e pela paciência com alguém desistente. Alexandra é responsável pelos raríssimos momentos de paz que sinto durante os encontros. Se houve vida, muito dela foi graças a você.

Há professoras que passam por novas vidas e esquecemos como alguém que passou por nós pela rua – muitas vezes propositalmente. Outras marcam tanto como uma tatuagem, nos movimentando a sermos outras pessoas e não nos julgando. Assim foram Professora Lúcia Falcão Barbosa e Professora Roberta Uchôa. Prof.^a Lúcia tornou suas aulas tão inesquecíveis que hoje estão na minha memória quase como algo palpável. Prof.^a Lúcia me acompanha e me orienta até hoje: suas aulas, suas falas e suas conversas comigo eram como um espetáculo do qual me sentia presenteado por assistir. Não a esquecerei e nunca vou (fracassei em ver o lúdico do mundo, a realidade me matou em vida, mas a memória das suas aulas é como porta-retratos que guardo). Não importante quanto distante estamos. Muito Obrigado!!! Já a Prof.^a Roberta foi uma pessoa que me assustou de início, mas não demorou para desenvolvermos um vínculo (até hoje teorizo que pela experiência dela em saúde mental ela tenha me notado). E a Prof.^a Roberta também me respeita com todos os defeitos e com todas as coisas incuráveis e irreversíveis. Prof.^a Roberta, só tenho a agradecer, a senhora amparou um rapaz quebrado e mesmo com os cacos de vidros cortantes, me abraçou. Muito obrigado!

Agradeço também a Professora Vívian pela orientação, pela paciência e por todo o conhecimento. Sua orientação foi um porto seguro diante de todas as incertezas, adoecimentos e desesperanças que um mestrado pode proporcionar. Muito Obrigado!

Durante o primeiro semestre do mestrado senti uma ansiedade absurda de desistir. Foi demais. Ao longo dos meses, porém, conheci melhor Prof.^a Aline Lacerda, a qual devo minha permanência no mestrado. Acolhedora, amistosa e uma excelente docente, Prof.^a Aline é um dos melhores exemplo que a Universidade pode proporcionar.

Bom... Tão importante quanto, dois lugares. Bem como drogas psiquiátricas, esses lugares – sem exagero – me proporcionaram o topo da pequena lista de alegrias. Cada homem foi importante, cada um me fez ver no prazer a única válvula de escape. Agradeço especialmente a Breno C. (pela caridade de alguém como ele ficar comigo). Se me dessem a escolha do que ver nos últimos momentos de vida, seria um loop no tempo revendo todos os homens, todos os

corpos e todos os orgasmos que me proporcionaram. Triste isso para a maioria, mas não para mim: únicas alegrias, únicos sentimentos que arriscaria chamar de “vida”. Para cada homem que tocou no meu corpo, meu muito obrigado, pois também colaborou com minha Saúde Mental. Não há textos acadêmicos que possam substituir vocês. Cada homem foi importante a sua maneira e não adianta o quanto eu escreva: não há palavras suficientes neste mundo para agradecer.

Thiago Alberes e minha mãe são as pessoas mais importantes da minha vida; junto com Walter. Este último faz algo melhor que uma droga psiquiátrica: me permite sonhar. O sonho nunca se concretizará, mas é através dele que por breves momentos a escuridão em que estou e toma meu corpo desaparece. Logo o fúnebre retorna, mas essa sensação: só sonhando e sonhando (no sentido mais romantizado da palavra) somente com Walter. E te agradeço por isso. Minha mãe me deu a vida e você e ela - de diferentes modos - a puseram em movimento, mesmo eu sendo um trem lento e esperando parar eternamente. Obrigado, Walter. Teu sorriso na minha memória e como tomar um remédio, a dor não desaparece, mas consigo temporariamente sedar. Meu coração e minha mente estarão sempre quebrados, sangrando e, mesmo não sendo possível, a amenização dos ferimentos é você.

Obrigado a todas as pessoas (e lugares) aqui mencionados. Esta dissertação se estruturou através de uma pessoa vazia e somente vocês para momentaneamente me complementar. Deixo já meu Adeus e meu perpétuo obrigado!

Por fim, à banca examinadora: Prof.º Dr.º Henrique da Costa Silva, Prof.º Dr.º Bruno Robson de Barros Carvalho e Prof.ª. Drª. Jaileila de Araújo Menezes.

“Todos nós estamos na sarjeta, mas alguns de nós olham para as estrelas – Oscar Wilde. E quem olha se fode – Lori Lamby.” (HILST, p. 11, 2014)

RESUMO

O sofrimento psíquico acolhido no Sistema Único de Saúde (SUS) através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foram os primeiros pilares de debate nesta dissertação. Para tanto, a psiquiatria foi igualmente posta como área científica com hegemonia na discussão e no entendimento do que seria sofrimento psíquico, bem como o problema histórico de patologizar feita por esse campo do conhecimento. Sendo assim, o trabalho procurou entender como a psiquiatria constrói suas vozes sobre sofrimento, aqui abrindo portas para o diálogo através das escolhas de produções psiquiátricas pernambucanas do Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (Posneuro) da UFPE. Portanto, o objetivo geral foi analisar a partir da posição contra-colonial os conceitos de sofrimento psíquico em dissertações e teses do Posneuro da UFPE, tomando como referência um ano anterior e um ano posterior a implementação da RAPS. Delas, se buscou principalmente seus conceitos de sofrimento psíquico. Contudo, um esteio teórico, metodológico e político se mostrou imperativo e a posição no contra-colonial se mostrou o esteio coerente para debater sofrimento psíquico por outros caminhos que não fossem o da patologização e da medicalização. Foram escolhidas uma tese e duas dissertações da área de concentração da psiquiatria do Posneuro. A utilização de análise documental e bibliometria como metodologias foi necessária, mas ambas estão em consonância com o contra-colonial, não se mantendo metodologias rígidas e sim com movimentos fluídos e dialogando com abordagens metodológicas tradicionais na perspectiva de criação e não reprodução. Dentre os resultados, encontrou-se a parcial ausência dos conceitos de sofrimentos psíquicos; por outro lado, as produções psiquiátricas tinham cenários e discussões suficientes para tecer de modo contra-colonial as conclusões que, por sua vez, endossam uma imperativa necessidade de situar o sofrimento não unicamente no ‘mental’, mas dentro de estruturas, conjunturas, desigualdades e histórias brasileiras e pernambucanas.

Palavras-chave: sofrimento psíquico; saúde mental; contra-colonial; Rede de Atenção Psicossocial; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The psychic suffering received in the Unified Health System (SUS) through the Psychosocial Care Network (RAPS) were the first pillars of debate in this dissertation. To this end, psychiatry was also placed as a scientific area with hegemony in the discussion and understanding of what psychic suffering would be, as well as the historical problem of pathologizing done by this field of knowledge. Thus, the work sought to understand how psychiatry built its voices on suffering, here opening doors to dialogue through the choices of psychiatric productions from Pernambuco in the Graduate Program in Neuropsychiatry and Behavioral Sciences (Posneuro) at UFPE. Therefore, the general objective was to analyze from the counter-colonial position the concepts of psychic suffering in dissertations and theses of Posneuro da UFPE, taking as reference a year before and a year after the implementation of RAPS. Of these, we sought mainly their concepts of psychic suffering. However, a theoretical, methodological and political support proved to be imperative and the position in the counter-colonial proved to be the coherent support to debate psychic suffering through other ways than pathologization and medicalization. A thesis and two dissertations from the area of concentration of psychiatry at Posneuro were chosen. The use of document analysis and bibliometrics as methodologies was necessary, but both are in line with the counter-colonial, not maintaining rigid methodologies but with fluid movements and dialoguing with traditional methodological approaches in the perspective of creation and not reproduction. Among the results, it was found the partial absence of the concepts of psychic suffering; on the other hand, psychiatric productions had enough scenarios and arguments to weave in a counter-colonial way as they tried to, which, in turn, endorse an imperative need to situate suffering not exclusively in the 'mental', but within structures, conjunctures, inequalities and Brazilian and Pernambuco stories

Keywords: psychic suffering; mental health; counter-colonial; Psychosocial Care Network; Health Unic System.

LISTA DE FIGURAS

Figura I: Anexo VI de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) – M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV (exemplo: Módulo ‘E’)	54
Figura II: Apêndice III da obra de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) - Formulário da pesquisa.....	55
Figura III: Cálculo Amostral e Amostra do Estudo de Carolina Maciel Fiamoncini (2020)	77
Figura IV: (M.I.N.I.) Módulo C – Risco de suicídio/ (M.I.N.I.) utilizado na obra de Carolina Maciel Fiamoncini (2020)	79
Figura V: ‘Escala de Comportamento de Automutilação’ (FASM) utilizado na obra de Carolina Maciel Fiamoncini (2020).....	81
Figura VI: 2ª página de 8 páginas do ‘Questionário de Vivências Acadêmicas, versão reduzida – QVA-r’) utilizado na obra de Carolina Maciel Fiamoncini (2020)	83

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Análise de citações de Pires (2010) segundo Estados.....	136
Gráfico 2: Análise de citações de Pires (2010) segundo Regiões	137
Gráfico 3: Análise de citações de Fiamoncini (2020) segundo Estados.....	138
Gráfico 4: Análise de citações de Fiamoncini (2020) segundo Regiões	139
Gráfico 5: Análise de citações de Facundes (2020) segundo Estados.....	140
Gráfico 6: Análise de citações de Facundes (2010) segundo Regiões	141

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Maria Cláudia da Cruz Pires: título e objetivos de sua dissertação.....	22
Tabela 2: Carolina Maciel Fiamoncini: título e objetivos de sua dissertação.....	23
Tabela 3: Vera Lúcia Dutra Facundes: título e objetivos de sua tese	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AMB	Associação Médica Brasileira
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APA	Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEATOX-HR	Centro de Assistência Toxicológica - Hospital da Restauração
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FASM	Escala de Comportamento de Automutilação
FMI	Fundo Monetário Internacional
HR	Hospital da Restauração
IFOCS	Inspetoria Federal de Obras contra as Secas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MINI	Entrevista Diagnóstica Estruturada e Padronizada Mini – Internacional Neuropsychiatric Interview
NASE	Núcleo de Atenção à Saúde dos Estudantes
Nupac-GR	Núcleo de Pesquisa e Avaliação Comportamental em Grupos de Risco
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Posneuro	Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento
Proacad	Pró-Reitoria de Assuntos Acadêmicos
QVA-r	Questionário de Vivências Acadêmicas, versão reduzida

RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINITOX	Sistema de Informações Toxicológicas do Sistema Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSE	Tentativa de Suicídio por Envenenamento
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
Unesp	Universidade Estadual Paulista
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	PRÓLOGO	21
3	BREVES APRESENTAÇÕES: AS OBRAS E SEUS ELEMENTOS PRINCIPAIS	36
4	SEM RIGIDEZ E SEM PROTOCOLOS: UMA TENTATIVA DE METODOLOGIA CONTRA-COLONIAL	41
5	O SUPLÍCIO DA ESPERANÇA PARASÍTICA: UMA FORMA DE PATOLOGIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA E INICIANDO DIÁLOGOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO	49
5.1	UMA PERSPECTIVA SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PERNAMBUCO: OUVINDO UMA VOZ PSIQUIÁTRICA E OBSERVANDO QUANTIFICAÇÕES DA VONTADE DE MORRER.	50
5.2	A EMBUSTEIRA CENTRALIDADE NO DIAGNÓSTICO: SEM FALSAS ESPERANÇAS, PRIMEIROS DIÁLOGOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO	61
6	ENQUANTO ALGUNS MANICÔMIOS FECHAM, OUTROS ABREM AO NOSSO REDOR: ESPAÇOS E DESIGUALDADES HISTÓRICAS ENQUANTO SOFRIMENTO PSÍQUICO	75
6.1	UMA PERSPECTIVA SOBRE VIVÊNCIAS EM UNIVERSIDADES: A UFPE <i>TAMBÉM</i> ADOCE	75
6.2	AINDA PRESENTES HISTÓRICAS MACHAS DE SANGUE AS QUAIS PISAMOS E CANSAÇOS DEMASIADOS QUE NÃO MERECEMOS: UNIVERSIDADES E SOFRIMENTOS RACIALIZADOS	88
6.3	SOFRIMENTO PSÍQUICO E CIDADES: ELOS POSSÍVEIS, SOFRIMENTOS LOCALIZADOS	104

7	GAIOLAS EM BUSCA DE PÁSSAROS: PSIQUIATRIAS, RAPS E O CONTRA-COLONIAL	117
7.1	O NECESSÁRIO BADALAR DA DEFESA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E DA RAPS: OUVINDO AS VOZES DA TERCEIRA E ÚLTIMA PRODUÇÃO PSIQUIÁTRICA – ALGUMAS MÁSCARAS RUBRAS DO ESTIGMA E LOCALIZANDO RECIFE	117
7.2	AS RUIDOSAS, PORÉM SILENCIOSAS, PENDULARES PSIQUIATRIAS: NA DOENÇA SOIS O ALIMENTO, NA SAÚDE CLIENTE EM POTENCIAL	124
7.3	O LEITO QUE SOMOS E O LEITO QUE OCUPAMOS: ANÁLISE DE CITAÇÕES PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO, REFORMA PSIQUIÁTRICA E SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTRA-COLONIAL.....	135
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	154
	REFERÊNCIAS.....	160

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por trajetórias os moveções caminhos psiquiátricos dentro de histórias de renovações e exclusões no que tange ao sofrimento psíquico. Ao procurar por uma psiquiatria contemporânea, cuja abraçasse perguntas ainda em aberto como a centralização no diagnóstico psiquiátrico e na medicalização, escolhi observar uma psiquiatria específica: a psiquiatria da UFPE (Universidade Federal de Pernambuco), numa amostra de uma tese e duas dissertações do Posneuro (Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento). Esta amostra consiste numa escolha de pesquisa direcionada à defesa da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial, instituída nos fins de 2011. Sendo assim, o ano anterior a institucionalização (2010) e o ano de 2020 pareceram escolhas produtivas, pois a RAPS demarcava algo que nutre essa dissertação e a fez nascer: questionamentos quanto ao conceito de sofrimento psíquico.

Dito de outro modo, o Posneuro, através do também recorte de produções explicitamente de área de concentração da psiquiatria, foi visto como uma forma de colocar ‘vozes da psiquiatria’ como centro de uma discussão sobre sofrimento. Todavia, a perspectiva teórica e política escolhida para confrontar, mediar, produzir, criticar e/ou criar foi o contra-colonial e suas autorias. Uma posição Contra-colonial aqui representou o que enfatiza Vívian Matias dos Santos (2021), sendo práticas de insubmissão alicerçadas por alianças, entre feminismos que não são hegemônicos, de cunho político, epistemológico e epistêmico. A pluralidade de posições de estar no contra-colonial aqui fundou um diálogo entre as produções psiquiátricas, os conceitos de sofrimento psíquicos (não) presentes nestas e a RAPS.

O contra-colonial - numa discussão sobre assunto tido somente do âmbito da Saúde Mental - possibilitou um rompimento de barreiras classificatórias entre áreas e o movimento de situar o sofrimento psíquico acolhido na RAPS dentro de desigualdades históricas que unicamente a multiplicidade do contra-colonial possibilitou. Vale dizer que não é apenas uma perspectiva a qual se ancoram os debates, trata-se de também uma metodologia, pois o contra-colonial – aqui centrado no sofrimento psíquico – não se finca em uma determinada área de uma produção de conhecimento e sim se espalha por toda a produção. Com uma área hegemônica como a psiquiatria, orienta-se por também feminismos não hegemônicos pareceu os caminhos a serem tentados.

Sendo assim, a pergunta de pesquisa desta dissertação foi, tomando como referência um ano anterior e um ano posterior à implementação da RAPS: quais os conceitos de sofrimento psíquico em dissertações e teses do Posneuro da UFPE?. Como pilares estavam, também, três

objetivos específicos: 1- Realizar um levantamento das dissertações e teses produzidas no Posneuro da UFPE no ano de 2010 e no ano de 2020; 2- Identificar as conceituações de sofrimento psíquico e localizá-los metodologicamente e epistemologicamente; 3- Apresentar horizontes interpretativos contra-coloniais sobre sofrimento psíquico. No que concerne às produções escolhidas: Maria Cláudia da Cruz Pires (2010), com sua dissertação ‘Estudo sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento no Recife-PE, Brasil’; Carolina Maciel Fiamoncini (2020) com sua dissertação ‘Vivências estressoras, violência autoinfligida e comportamento suicida em universitários’; e Vera Lúcia Dutra Facundes (2010), com tua tese ‘O Discurso e a Prática no Centro de Atenção Psicossocial: a construção do cuidado em Saúde Mental’.

Como será visto, os temas das produções mostram-se complexos demais para negar espaço para os argumentos das autoras serem apresentados. Logo, os capítulos foram dedicados a cada obra, tentando correlacionar as discussões.

O primeiro capítulo (**O Suplício da Esperança Parasítica: uma forma de patologização da psiquiatria e iniciando diálogos sobre sofrimento psíquico**) é um esforço de compreender o trabalho Maria Cláudia da Cruz Pires dentro de um panorama sobre patologização do sofrimento psíquico, observando os instrumentos de coleta de dados utilizados por ela como ferramenta para refletir sobre essa faceta da psiquiatria.

O segundo capítulo (**Enquanto alguns manicômios fecham, outros abrem ao nosso redor: espaços e desigualdades históricas enquanto sofrimento psíquico**) é uma aliança com a pesquisa de Carolina Maciel Fiamoncini objetivando o exercício de situar a UFPE – campo de pesquisa da autora – dentro do diálogo sobre sofrimento psíquico, bem como chamando à responsabilidade da instituição na promoção de sofrimentos, tal como Recife enquanto espaço desigual e em disputa. Assim como Maria Cláudia da Cruz Pires, os instrumentos de coleta e análise de dados foram discutidos.

O terceiro capítulo (**Gaiolas em busca de pássaros: psiquiatriaS, RAPS e o contra-colonial**) é um abraço com a produção de Vera Lúcia Dutra Facundes, utilizando das narrativas presentes e do seu olhar crítico diante da RAPS para traçar de forma mais direta como o sofrimento psíquico pode e deve ser compreendido face às demandas contra-coloniais.

A presente dissertação é um convite à reflexão sobre sofrimento psíquico acolhido pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Ou seja, por vias de saúde pública tendo como suis o olhar psiquiátrico e a abordagem contra-colonial quanto a esse olhar.

2 PRÓLOGO

As narrativas aqui analisadas oriundas do Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento - Posneuro da UFPE são, como já mencionado, duas dissertações de mestrado escritas por duas profissionais da medicina e uma tese de doutorado escrita por uma Terapeuta Ocupacional, sendo elas respectivamente: Maria Cláudia da Cruz Pires¹, Carolina Maciel Fiamoncini² e Vera Lúcia Dutra Facundes³.

Dentre os motivos de escolha das produções estão um recorte temporal que se inicia no final de 2011 com a institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, demarcando o ano de 2010 e o de 2020 como uma distância temporal a qual em tese é abrangente para perceber possíveis ressonâncias ou ainda buscar estas nas dissertações e tese. Devido a pluralidade do Posneuro, o outro recorte foi quando os escritos de apresentavam dentro da área de concentração da psiquiatria, possibilitando o direcionamento contra-colonial para esta área do saber.

Antes de adentrarmos especificamente no que objetivamos, os conceitos de sofrimento psíquico, apresento os objetivos e títulos de cada um destes escritos para desde já – por tentar nesse momento criar ‘elos’ possíveis com o contra-colonial – deixar às vistas como cada uma se posicionou no que intencionavam com suas obras. Observo essa apresentação como uma maneira de provocar uma reflexão com a tentativas de ‘elos’ juntamente com uma breve porta aberta às produções.

A necessidade de elaboração ocorre porque os fios que tecem o contra-colonial precisam desde já estarem propostos com os temas que envolvem o sofrimento psíquico dentro da Saúde Mental. Estes feminismos possuem abertura para um acolhimento a assuntos e questões que se sobressaem em âmbitos sociais e aqui na dissertação nos serviços públicos de saúde brasileiros. Não se trata, dito resumidamente, de ter o contra-colonial como suporte teórico e metodológico apenas, mas de compreendê-los dentro da discussão aqui proposta, tanto como possibilidade de novos horizontes interpretativos como lupas analógicas. Os elos são um exercício de proposta de entender como esses caminhos de compreensão e crítica já compõem (no que tange a possibilidades) o debate sobre sofrimento psíquico.

¹Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0066629195097785>

²Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3406109925293274>

³Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9261500728399643>

Tabela 1: Maria Cláudia da Cruz Pires

Maria Cláudia da Cruz Pires	Título:	‘Estudo sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento no Recife-PE, Brasil’ ⁴
	Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as características sociobiodemográficas da amostra de pacientes atendidos após TSE em emergência de hospital público.
	Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar transtornos psiquiátricos; • Detectar a presença de estressores entre os pacientes; • Descrever os principais agentes usados na TSE; • Averiguar as diferenças entre gêneros.
	Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • “[...] estudo descritivo, quantitativo e analítico, do tipo corte transversal, realizado com pacientes que tentaram suicídio por envenenamento, no período de dezembro de 2008 a agosto de 2009” (PIRES, 2010, p. 56)

Fonte: o autor, 2023.

⁴https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8098/1/arquivo1348_1.pdf

Tabela 2: Carolina Maciel Fiamoncini

Carolina Maciel Fiamoncini	Título:	‘Vivências estressoras, violência autoinfligida e comportamento suicida em universitários’ ⁵
	Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a associação e o risco entre vivências estressoras com o comportamento suicida e presença de violência autoinfligida em jovens universitários.
	Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever as características sociodemográficas dos estudantes universitários por área do curso; • Descrever a ocorrência de vivências estressoras prévias e atuais entre os universitários por área do curso, a saber: eventos estressores prévios como experiência de bullying na escola; eventos estressores atuais como bullying na faculdade e presença de estresse acadêmico; • Descrever ocorrência de violência autoinfligida e de comportamento suicida entre os estudantes universitários por área do curso; • Avaliar a presença de associação e estimar o risco entre vivências estressoras e a violência autoinfligida entre os universitários; • Avaliar a presença de associação e estimar o risco entre vivências estressoras e o comportamento suicida entre os universitários.
	Metodologia	Explicado pela autora como duas fases, a primeira sendo um estudo transversal, com caráter observacional, ainda analítico com corte igualmente transversal. A segunda fase foi um estudo comparativo e permitindo a criação de modelos de risco. A amostra foi posta comparativamente em dois grupos. O local foi o campus da UFPE no Recife com 609 estudantes divididos entre cursos de saúde e de humanas (FIAMONCINI, 2020)

Fonte: o autor, 2023.

⁵<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/40237/1/DISSERTA%20c3%87%20c3%83O%20Carolina%20Maciel%20Fiamoncini.pdf>

Tabela 3: Vera Lúcia Dutra Facundes

Vera Lúcia Dutra Facundes	Título:	‘O Discurso e a Prática no Centro de Atenção Psicossocial: a construção do cuidado em Saúde Mental’ ⁶
	Objetivo Geral	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar a interface entre as ações de cuidado desenvolvidas num Centro de Atenção Psicossocial de Recife e os discursos dos sujeitos envolvidos no serviço em relação aos pressupostos do modelo psicossocial.
	Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar quais as percepções que são construídas pelos usuários, familiares e profissionais sobre o cuidado desenvolvido no serviço; • Compreender como as práticas desenvolvidas nessa instituição repercutem na relação entre o serviço e a rede de atenção à Saúde Mental no território; • Descrever aspectos que interferem na integralidade das ações no serviço e na execução do projeto terapêutico institucional.
	Metodologia	<ul style="list-style-type: none"> • Explicado pela autora como uma pesquisa qualitativa a qual adotou-se o estudo de caso como desenho da metodologia no que diz respeito não somente a pessoas, mas às organizações. O local de estudo foi um CAPS da região metropolitana do Recife. A participação foi de usuários, profissionais e profissionais.

Fonte: o autor, 2023.

Na RAPS, instituída em nível nacional com a Portaria 3088 nos fins de dezembro de 2011, está legalmente posta o acolhimento a pessoas que vivenciam sofrimento psíquico e esta específica presença nas instituições de saúde pública - é o que me norteia. Por mais que eu entenda a presença em outros âmbitos da sociedade nos quais este sofrimento é vivenciado e acolhido, esta escolha ocorre por uma postura política de defesa da Reforma Psiquiátrica na qual me insiro de modo crítico contra-colonial. A visão, aqui, é parcial e deixo alguns componentes da RAPS para promover localizações: AB (Atenção Básica) e suas composições; os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) nos variados formatos; Urgência e Emergência, como UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de

⁶https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8181/1/arquivo1445_1.pdf

Urgência); Atenção Hospitalar; Estratégias de desinstitucionalização etc (BRASIL, 2011). Cada um desses exemplos possui serviços específicos e o âmbito de atendimento à Saúde Mental no ponto de vista público e Legal é múltiplo.

O âmbito de Saúde Mental público organizado pela RAPS no atendimento ao sofrimento psíquico, e obviamente os pressupostos da Reforma Psiquiátrica que as possibilitaram, são como uma forma de inspiração para se chegar nessas produções com esteio dos feminismos contra-coloniais. Aqui tenho a necessidade de destacar a noção de território pela qual a RAPS se organiza, atingindo legalmente uma série de populações diferentes. As lacunas de execução da Rede certamente seriam uma dissertação à parte. Aqui observo desde já uma possibilidade de me orientar pelo contra-colonial e também por uma personagem muito importante nesta produção: Carolina Maria de Jesus.

Como foi conceituado na introdução desta dissertação, com Vívian Matias dos Santos (2021), observo o contra-colonial como uma coalizção, ora identificando ainda como uma aliança ou um fértil arranjo entre perspectivas não-hegemônicas anticoloniais que juntas, como os feminismos, podem promover insubmissões políticas e epistemológicas. Quando penso no Posneuro como uma ‘amostra’ de uma psiquiatria pernambucana e pergunto quais os conceitos de sofrimento psíquico, vejo o contra-colonial como uma espécie de posição de vigilante de observar e se contrapor às facetas contemporâneas do colonialismo, promovendo ações: aqui foi tentando um exercício de discutir conhecimento. A pluralidade do contra-colonial não se encerra neste meu entendimento primário, até mesmo porque as possibilidades são inúmeras, especialmente num país ainda demarcado, por exemplo, pelo racismo estrutural.

Carolina Maria de Jesus nos deixou uma análise, dentre tantas outras, da cidade de São Paulo, no dia 15 de maio de 1958: “Eu classifico São Paulo assim: O Palácio, é a sala de visita. A Prefeitura é a sala de jantar e a cidade é o jardim. E a favela é o quintal onde jogam os lixos.” (JESUS, 2014, p. 32). Por que observo neste trecho um exemplo do contra-colonial? Porque Carolina tinha um conhecimento certamente não considerado como tal antes dos reconhecimentos posteriores, foi uma mulher que tensiona seu tempo, posta dentro do cenário da não hegemonia, do silenciamento. Porém, ao mesmo tempo produzia, através de uma das mais íntimas produções de conhecimento que é um diário, trechos e análises atemporais. O contra-colonial parte, na minha interpretação, de lugares como o de Carolina e de pessoas como Carolina. A Reforma Psiquiátrica não somente é a promoção de serviços em Saúde Mental, mas espaço de disputa de conhecimentos: como será visto ao longo dos capítulos, Carolina será o ponto do qual emergem as discussões. O campo do enfrentamento sendo não hegemônico.

Provavelmente isto está confuso (se pensar na psiquiatria, mas não na psiquiatria hegemônica, pois por isso a escrita desta dissertação está no não hegemônico). Dito isso, por favor, me permita pensar da seguinte forma: Temos um ensaio para uma peça que ainda será finalizada na sua ideia. O cenário? Três cenários são trocados ou são misturados - um é o Hospital da Restauração, o outro é a UFPE e, o último, é um CAPS. As atrizes? As autoras das dissertações e da tese, cada uma interpretando uma personagem que fala de um lugar específico. O roteiro? Em construção com um diálogo entre direção e cada atriz. A direção? Os feminismos contra-coloniais que, segundo suas demandas, procuram nas atrizes suas contribuições para entender o sofrimento à luz da RAPS. O final? Que peças futuras podemos pensar de modo contra-colonial sobre sofrimento psíquico. Vamos aos primeiros ensaios e assuntos inerentes a eles.

Tentei fazer contorcionismo para perceber que eles são necessários a serem feitos, tais como: entre sofrimento psíquico e o contra-colonial. São ensaios para tentar chegar às necessárias relações – até para construir uma postura responsável para com as produções psiquiátricas e enquanto escrita científica que se pretende analítica destas produções.

Em primeiro lugar, a psiquiatria aqui está situada em alguns territórios de debate, como a Ciência Moderna hegemônica. Começamos por modernidade. Ao adentrarmos nas ideias de María Lugones (2014) percebemos que uma primeira modernidade é delimitada com as invasões territoriais colonialistas e a segunda classificação de modernidade, a modernidade capitalista, é oriunda dos processos históricos da Revolução industrial.

De volta à primeira, na chamada modernidade colonial, temos uma imposição de um sistema colonial de gênero racializado, mediante o qual tivemos um ‘modelo de sexo único’, com variações de grau quanto a homens e mulheres que perdurou até o século XVII com dois gêneros constituindo em um só sexo com o homem europeu (branco, cisgênero, heterossexual) passando a ser a régua de todos os âmbitos sociais. Este modelo se impôs para colonizadas/os construindo dicotomias entre humano e não humano, com o homem branco como matriz normativa para condenar à inferioridade quem estava sendo colonizado (LUGONES, 2014). É um percurso histórico fundamental para debatermos dicotomias em Saúde Mental.

A dicotomia humano e não humano foi a principal âncora para a modernidade colonial, sendo registradas em colonizações das Américas, Caribe e territórios africanos – aqui havendo todos os tipos mais torpes de violência. No que concerne à modernidade capitalista, María Lugones (2014) contribui com o que se vinha já em reflexão. Ela reconhece que se inaugurou um sistema de exploração racializada do trabalho em consonância com os interesses do

capitalismo, mas também que, junto com as classificações dos povos mediante as quais ela usa os termos ‘colonialidade do poder’ e ‘colonialidade do gênero’, se desenvolveu uma desumanização para as classificações e processos de sujeitificação com fins a tornar a/o colonizada/os menos ser humano ou até não-humano.

Para Isabela Marques (2020), nesse cenário o norte global atuou e atua arvorando nos seus lógicas de colonialidade na Saúde Mental, dentro da impossibilidade de observar o ‘Outro’ em singularidade e diferença, pois, junto com concepções sobre si mesmo, se reflete iguais cérebros, assim como idênticos problemas mentais e os supostos desequilíbrios são postos como iguais. Não há pluralidade de experiência nesse campo de visão – e dominação -, porém, a visão adentra na desumanização com a exclusão da possibilidade de observar como existentes essas experiências uma vez que estão sendo afogadas no oceano colonial de normativas numa perversa ocidentalização do mundo. Quanto ao sofrimento, neste excludente panorama, é reduzido a processos químicos e sintomas controláveis (em tese, por medicamentos psiquiátricos). A dimensão biológica não se torna o centro, mas sim a única a ser considerada, generalizando a experiência considerada normal e roubando desta a política, a sociedade e a cultura.

A modernidade tenta controlar ou negar determinadas existências em outros mundos que não se constituem a partir do marco civilizatório europeu ocidentalizante, tratando-se de uma negação, de um roubo da validade de coexistir. Essa negação seria fruto de uma colonialidade que não permite a diferença, subalterniza o não moderno ao moderno. Mais à frente esse debate poderá ser mais aprofundado e analisado, o que fica nesse momento para mim é que até mesmo referenciais conceituais estão numa lógica de categoria essencializante típicas à modernidade, tais como ‘homem’ e ‘mulher’ (LUGONES, 2014).

Compreendi que precisamos de referenciais marcados pela categoria e pela essência se eu pensar em conceitos modernos para sofrimento psíquico. Pode ter parecido para você uma construção forçada de uma ponte, porém penso María Lugones na saúde. Vamos lá. A psiquiatria moderna considera sintomas como processos biofisiológicos preestabelecidos dos quais se tornam universalizantes por estarem massificados, prontos para utilização no âmbito da saúde mental. Por sua vez, a Saúde Mental por si só proclama aberturas e alternativas. E ao longo da história poderemos localizar inúmeros posicionamentos para definir saúde e assim a saúde mental, incluindo posicionamentos que dizem que é no mínimo árduo realizar exercícios conceituais de saúde (DE ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999).

Antes de avançarmos, é necessário me situar um pouco melhor. Donna Haraway (1995) nos diz da natureza corpórea de toda visão e esta também enfatiza como todo conhecimento é localizável. Dentro dos territórios na Ciência Moderna hegemônica, visões foram e são construídas como únicas e localizadas em lugar nenhum, berço para universalismos. A lógica debatível da objetividade hegemônica moderna é a de que existiriam visões de alguns que a partir de seus lugares são considerados observadores cognoscentes. Ou seja, recebem para si o papel de possuírem o conhecimento válido. Já outras/os seriam nessa lógica objetos e sujeitos observáveis destes conhecimentos tidos como válidos.

Nessa dissertação, utilizo o seguinte esquema de compreensão: 1- toda visão é corporificada, o que me leva a ter uma objetividade corporificada; 2- podemos ter projetos científicos feministas paradoxais e críticos, já que toda visão tem sua corporificação e particularidade; 3- Tentei não esquecer que meus objetivos, instrumentos, ou projetos estão em dimensões físicas e mentais – estas podendo receber nomeações, pois a objetividade feminista na qual me insiro tem um conhecimento localizado e uma localização bem limitada. Aqui, dessa maneira, não cabe divisão entre sujeito e objeto.

Toda visão pode ser vista como complexos sistemas de percepção com capacidades de ter modos particulares de ver e desenvolver traduções. O conhecimento aqui não se propõe a não ter localização, isto é, trata-se de um conhecimento situado e corporificado e com isso não quero flertar com irresponsabilidades ao não situar essa dissertação. Ademais, não deixando de lado a importância com objetividade, esta dissertação tem escritos que bebem da política, da epistemologia e da constelação de debates que podem envolver sofrimento psíquico de modo crítico e racional. O lugar que estou escrevendo é conhecida pela subjetividade e aqui estou defendendo também uma posição objetiva, sei que esse debate é longo, porém desde já deixo como Donna Haraway (1995) diz: “A topografia da subjetividade é multidimensional bem como, portanto, a visão” (p.26). Ela ainda defende como nossas parcialidades e como nosso contínuo movimento não é de identidade com o objeto, mas sim de conexão parcial.

Onde me situo? Em vários territórios, embora tenha um no qual repouse e resida e neste que está minha lupa mais usual, minha principal preocupação: o sofrimento psíquico em acolhimento na RAPS no SUS. Não se trata especificamente de uma localização teórica e sim também de uma localização política.

Tentando traçar estas primeiras linhas, já com o aceno de Donna Haraway (1995), visualizo como Naomar de Almeida Filho, Maria Thereza Ávila Coelho e Maria Fernanda Tourinho Peres (1999), esta Saúde Mental no SUS como dentro de um exercício conceitual com

pressupostos de lógicas plurais e múltiplas que não podem ser codificadas. Um exemplo é a depressão, pois ela não é somente ‘doença’, ‘transtorno’, morbidade, processo complexo, e nem forma. Ela é tudo isso, mas é mais que isso porque é um ‘objeto’ totalizado e com teor histórico. A saúde mental não é uma soma, ela é zonas de sombra, tem facetas, olhares ocultos, dimensões históricas; ao mesmo tempo ela também é clínica, é diagnóstico, é saúde pública e transformações (nessas três últimas camadas foco minha atenção).

É indispensável refletir como Saúde Mental pode ser vista dentro de cada território com configurações próprias, colonizado segundo um Estado-nação periférico ressoando na política científica brasileira. Ora, se vivenciamos um Estado capitalista de urbanização e industrialização colonial, se erguem desigualdades regionais mediante as quais identifico um relevante ponto de análise: temos espaços heterogêneos, em correlação e em construções históricas (MATIAS DOS SANTOS, 2021). Vou tentar e te peço paciência para fazer os seguintes elos: 1- temos uma RAPS que se orienta a partir da noção de território; 2- adoto uma visão corporificada e proposta a partir de determinados lugares, um dos elementos que puxo de Donna Haraway (1995); 3- tenho como foco neste estudo duas dissertações e uma tese pernambucanas. Acredito que uma das discussões possíveis é como essas produções podem ser localizadas dentro dos objetivos da RAPS (não que clame por algo que as autoras não se propuseram, todavia tentarei acessar as vozes da RAPS para conversar com as delas), que, por sua vez, com minha ótica contra-colonial, está dentro de um cenário brasileiro de desigualdades regionais.

Devido a uma tradição de elaboração de conhecimentos eurocêntricos, a agenda acadêmica é marcada pelo saber colonial. O sujeito do conhecimento é um que pode observar com supostas neutralidades, não afetado por questões geopolíticas e sem os marcadores das sociedades hierarquicamente coloniais. A Ciência Moderna reproduzida na academia dissimula dimensões locais e parcialidades, adentrando em trajetórias de pesquisa sem oportunidades para teorias alternativas às modernas e também a sujeitos não hegemônicos com seus próprios meios de produzir conhecimento. Na esteira desse panorama, a subalternidade ocorre, até porque para os saberes de grupos e teorias não privilegiados não tem abertura (MOMBAÇA, 2015).

A revisão conceitual desta Ciência, percebendo as ‘verdades’ que dela, como a subalternidade, brotam, e dos pilares epistêmicos da psiquiatria constituem um exercício epistemológico que pode chegar à ‘doença mental’. Assim, se constroem acenos às reflexões não somente sobre o estar ‘doente mentalmente’, mas as práticas que o cercam. Dessa maneira, a dimensão epistemológica da RP (Reforma Psiquiátrica) torna-se visível, esta abraçando a

produção de conhecimento que balizam tanto o saber como o fazer psiquiátrico; trata-se, então, de uma dimensão teórica e conceitual. No contexto em que se edificou no Brasil, a desinstitucionalização ocorreu sob moldes basaglianos, ou seja, o isolamento e o tratamento moral foram gradualmente colocados em substituição por múltiplas maneiras de cuidar das pessoas, cuja qual está a criação de inúmeras possibilidades no que tange à cidadania, subjetividades, sociabilidades. Não haveria mais ser ‘objeto’ e sim ter voz e ser sujeito (AMARANTE, 2009). Identifico que aqui temos uma enunciação que não somente no passado, mas num presente em movimento temos uma subalternidade que ainda é criada e isto me lembrou María Lugones (2014).

Subalternidade esta presente na colonialidade na Saúde Mental em variadas formas, por exemplo, na tutela mediante a qual não se coletiviza compreensões e contornos de cuidar do sofrimento, não oportunizando ainda às comunidades locais lugar de destaque para de maneira coletiva encontrar marcadores sociais que geram sofrimento, bem como, também em coletivo, criar movimentos constantes de responder a esses geradores. A participação em Saúde Mental Contra-colonial deve ocorrer rompendo com expectativas de saúde centradas em nós mesmos. Não se trata da promoção de discursos de empoderamento e sim de questionar o status quo e poderes que reproduzem a colonialidade (MARQUES, 2020).

A posição de colonialidade cria possibilidades de compreender realidades marcadas pela dicotomização humano e não humano, na qual seres desumanizados nos mostram o ideário inquisitório de ‘humanidade’. Não obstante, temos o acesso a operações coloniais de poder frente às pessoas interpretadas pelas dicotomias coloniais. Outrossim, duas interpretações de vida de uma mesma pessoa estão em constante disputas dentro de uma ferida colonial contraditória que permite renovação. A colonialidade é aquela que silencia que o poder de histórias locais está em trânsito em tempos e espaços diferentes, cada uma merecendo análises específicas - quando a colocamos numa cenografia moderna e colonial mundial.

A colonialidade é como uma ferida aberta ao mesmo tempo proporcionando a abertura de novas. Também os feminismos contra-coloniais podem confrontar mundos que destroem sentidos para novas (e próprias) possibilidades, nos apontando como se fincam subalternidades e um mundo inserido no masculino e feminino racializado.

Baseado na comunalidade e não subordinação – embora a posição de subalternidade seja um lugar de também de criação e enunciação. A proposta da lógica da coalizão é desafiadora da lógica das dicotomias; as diferenças nunca são vistas em termos dicotômicos,

mas tem como sua oposição à lógica de poder. A multiplicidade nunca é reduzida (LUGONES, 2014).

O trânsito de poder na posição de quem tem o considerado conhecimento válido é algo aqui muito tênue, por isso a lógica da coalizão é crucial por possibilitar que as vozes das pesquisadoras do Posneuro se mantenham dentro de um encontro com os posicionamentos contra-coloniais. Não é um percurso sem diferenças, mas especialmente a coalizão me pareceu manter firme os princípios da RAPS no mesmo sentido que percebendo questões das dissertações e da tese que dizem respeito explicitamente ou implicitamente ao sofrimento psíquico. Aqui não foi tentada uma dicotomia e sim como a coalizão elucida quais as diferenças e apresenta vozes diferentes sem deixá-las de escutá-las.

Estou situado no debate sobre sofrimento psíquico na Saúde Mental brasileira, considerando as características da política científica. Agora são necessárias as contribuições de Grada Kilomba (2016).

Em relação à defesa da escuta e da narrativa no campo da Saúde Mental, o que poderia enunciar lugares de subalternidade ao meu ver, Grada Kilomba (2016) é uma autora com muitas chaves interpretativas nesse sentido. O instrumento de tortura que ela debate como símbolo das pungentes políticas e regimes coloniais de silenciamento, a máscara de metal, é uma negação da possibilidade de fala do sujeito negro. O projeto europeu do colonialismo territorial tinha a função de impedir que escravizadas/os comecem cacau ou cana de açúcar, todavia era uma imposta mudez através da qual a fala, impedida por instrumentos de ferro, não poderia ser ouvida. Daí, junto com Grada Kilomba, podemos invocar esses princípios como esteio imperativo na Saúde Mental: o direito à fala.

Grada Kilomba (2016) alerta para como a boca é símbolo a ser controlado, repreendido porque é a fala, a enunciação. Numa histórica estrutura racista, a opressão à boca, é a voz coberta, o controle ao menos da voz enquanto possibilidade de resistência, é uma das formas do branco não escutar e assim a percepção de posse ganha força. Ou seja, há um alargamento dessa ideia também ao corpo. O simbolismo da máscara, assim, adentra no controle da vida, já que há relatos de máscaras que cobriam todo o resto para impedir o suicídio de escravizados/os quando comessem terra até a morte, por exemplo. O branco, via processos do seu psiquismo, projeta uma ideia de ‘Outro’: o que pessoa branca não quer se reconhecer, já que seria o diferente, o perigo, o mal.

Com o diálogo com Grada Kilomba, Jota Mombaça (2015) delimita que a mudez dos povos escravizados através de instrumentos de tortura como a máscara representa a

consolidação da fala branca e colonial, esta, no que lhe toca, como também para contrários discursos. O ‘Outro’ se compõe de binômio, tais como humano/inumano, branco/negro, e suas fórmulas são binárias. O negro é discutido, todavia com narrativas e imagens coloniais. O silenciamento também é acadêmico, uma vez que metodologias e paradigmas definem que conhecimentos devem ser reconhecidos. Defendo, então, que a psiquiatria tem para si paradigmas que são amplamente reconhecidos. O questionamento, contudo, é possível.

Isso não é anular todos os conhecimentos produzidos em torno das noções de transtornos e muito menos o de sofrimento, apenas digo que ainda estamos hegemonicamente com uma psiquiatria com ressonâncias de uma clássica que não refina suas óticas: foca na doença e não se atenta para as condições sociais, culturais e políticas que promoveram determinados estados de saúde (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009). Em vista disso, Donna Haraway (1995) nos subsidia criticando radicais construtivistas sociais que observam a ciência como retórica, com conhecimento fabricados, um caminho para uma chegada a um poder, tendo, assim, uma ciência hostil e composta por uma objetividade ameaçadora de subjetividades. Corpo e significados são apresentados como construções sociais e por conseguinte deixamos de vivê-los em troca do desenvolvimento de conexões em rede com capacidades parciais para “[...] traduzir conhecimentos entre comunidades muito diferentes – e diferenciadas em termos de poder” (1995, p.16).

Sigo orientado por Donna Haraway. Por mais que Naomar de Almeida Filho, Maria Thereza Ávila Coelho e Maria Fernanda Tourinho Peres (1999) não estejam no esteio contra-colonial, alianças são possíveis quando ele e elas propõem a diminuição do que chamam de “carga de doença mental”, o que interpretamos como o ato de diagnosticar, até mesmo porque fazem relação com a superação de modelos hospitalocêntricos que historicamente vêm gerando fúnebres estigmatizações. Também defendem que a psiquiatria tem que rever epistemologias segundo desigualdades brasileiras, incluindo as de gênero. Saúde mental não pode ser vista como ausência de transtornos comportamentais e doenças neuropsiquiátricas. A efetividade da psiquiatria não pode ser resumida à assistência psiquiátrica e sim a presença de promoção de saúde mental. Se for conceituar saúde é para lembrar que necessariamente tem que ter uma perspectiva transdisciplinar.

Já em feminismos contra-coloniais, esta psiquiatria, sua relação com o sofrimento psíquico, estão numa Saúde Mental aqui vista dentro de uma relação centro e periferia marcada pela divisão internacional do trabalho, pela hierarquização étnica e racial resultado do domínio colonial e por uma moderna colonialidade. Ademais, a ciência é estruturada por uma matriz

colonial cisheteropatriarcal, racista e capitalista, com universidades ocidentalizadas, autoridades científicas ocidentalizantes e epistemicídios. Diálogos serão mais desenvolvidos mais à frente, porém cabe ver um exemplo de resistência como a luta de movimentos sociais frente ao Estado, resistências cotidianas e da importância de manusear nos nossos escritos intelectuais para quem não estão em cânones norte-americanos (MATIAS DOS SANTOS, 2021).

Nos próprios e diversos serviços de Saúde Mental as/os usuárias/os fabricam suas trajetórias e estas não devem receber julgamentos, muito menos os balizados por normatividades que eclipsam experiências (MARQUES, 2020). O sofrimento os move para territórios locais, pessoas, cuidados, vínculos: seus saberes agem. O que uma amostra de produções da psiquiatria pernambucana dizem e atuam quanto ao sofrimento é meu interesse.

Por fim, o que compreendo da minha posição contra-colonial é como defende Vívian Matias dos Santos (2021, p. 4): “Significa uma prática insubmissa que aposta na potência da coligação político epistêmica e epistemológica entre feminismos não hegemônicos.”. Entender o contra-colonial nesta proposta é perceber a multiplicidade de feminismos que não estão no campo hegemônico: são diversos, tem múltiplas posicionalidades com epistemologias desenvolvidas por mulheres no enfrentamento às matrizes coloniais, racializadas, capitalistas e cisheteropatriarcais. Assim, percebo que os feminismos contra-coloniais são uma insubmissão a epistemologias hegemônicas, trata-se de entender que é necessária uma coalizão entre feminismos que se contrapõem às matrizes coloniais.

No contexto brasileiro temos ainda uma colonialidade do poder e os feminismos contra-coloniais possibilitam identificar (e seria equivocado não haver essa identificação nesta dissertação com sofrimento psíquico) opressões de classe, gênero e raça. Além disso são formas de resistências dentro de políticas científicas que têm marcas ocidentalizantes e silenciamentos promovidos pelo projeto colonial de epistemicídios (MATIAS DOS SANTOS, 2021). Na interpretação de quem vos escreve, são formas de reunir, entrelaçar ou incorporar feminismos que não são hegemônicos e que enfrentam epistemicídios e silenciamentos pelas epistemologias hegemônicas excludentes oriundas das diversas formas do colonial. Em cenários brasileiros, contra-colonial é visualizar, por exemplo, as marcas de opressões históricas de matrizes coloniais.

No cenário, ainda em construção, da Saúde Mental enquanto também serviços públicos de saúde, os feminismos contra-coloniais demonstram ser uma sólida ponte para conhecimentos múltiplos produzidos por pessoas que não estão em meios acadêmicos por exatamente estes

meios historicamente serem ditos como não sendo ‘seus lugares’. Assim, a posição contra-colonial para esta dissertação foi uma das formas de ouvir vozes dissonantes, práticas insubmissas, visualizar resistências e contribuir com estas (MATIAS DOS SANTOS, 2021). Estes feminismos, ao meu ver, na Saúde Mental brasileira ofertada no SUS e, mediante a qual conhecimentos igualmente múltiplos são produzidos, são uma ponte repleta com diferentes caminhos na sua ponta final.

María Lugones (2014) propõe uma resistência com o conceito colonialidade do gênero, segundo o qual pensar sobre este é reconhecer a intersecção de gênero, raça e classe, e identificar que há seres que ela chama de históricos reconhecimentos de forma unilateral. Identifico frutos à Saúde Mental neste conceito:

A resistência é a tensão entre a sujeitificação (a formação/informação do sujeito) e a subjetividade ativa, aquela noção mínima de agenciamento necessária para que a relação opressão ← → resistência seja uma relação ativa, sem apelação ao sentido de agenciamento máximo do sujeito moderno (LUGONES, 2014, p. 940)

Numa dimensão chamada de subjetividade há a resistência que se demarca infrapoliticamente. Há necessariamente uma diferença da hegemonia que nos coloniza, tornando nossas vidas racializadas. Tendo como foco a colonialidade do gênero nesta parte da discussão, uma abordagem sobre resistência se ergue. A descolonização de gênero localiza que faz a teoria no âmago de pessoas, em compreensões históricas subjetiva/intersubjetiva pela qual a relação oprimir e resistir então na intersecção de opressões (LUGONES, 2014). No histórico manicomial pernambucano, observo a forma de resistência proposta como um horizonte, por não distanciar quem teoriza, por tirar da margem e trazer ao centro as opressões de raça, classe e gênero. Bem, frutos dos feminismos contra-coloniais não faltam.

Aqui interpretei o posicionamento contra-colonial para pensar em uma crítica responsável à ciência. E não qualquer ciência, mas sim aquela que segrega sujeito x objeto do conhecimento, a promotora de silenciamentos, de consensos debatíveis (a patologização do sofrimento psíquico, por exemplo) e imposição de saberes sobre nossa Saúde Mental. Escolho a posição contra-colonial por entender que uma psiquiatria hegemônica transformaria as vivências de Carolina Maria de Jesus em dados quantitativos e diagnósticos de doenças mentais. É pela contraposição aos silenciamentos colocados para o não hegemônico que escolho debater com o hegemônico.

São três produções de um Departamento que também tem a área de concentração da Psiquiatria (as dissertações e a tese estão nessa área), que procuro os conceitos de sofrimento psíquico. As produções são diferentes, têm posições pertinentes e reproduzem não uma

psiquiatria, mas psiquiatrias. Assim, o que encontrei buscando sofrimento pode ser colocado em temáticas muito variadas, inviável de abraçar todas. Logo, decide que três se saltam: raça/cor; universidades; e patologização. Não esquecendo de como o contra-colonial pode produzir sobre sofrimento.

3 BREVES APRESENTAÇÕES: AS OBRAS E SEUS ELEMENTOS PRINCIPAIS

Do ponto de vista de estrutura do texto, a dissertação ‘Estudo sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento no Recife-PE, Brasil’ tem uma estrutura dividida entre: ‘Introdução’; ‘Objetivos’; ‘Revisão de Literatura’; ‘Metodologia’; ‘Resultados’; ‘Discussão’; ‘Conclusões e Comentários’; ‘Referências, Apêndices e Anexos’. Da ‘Revisão de Literatura’ até ‘Conclusões e Comentários’ há subtópicos de debate e apresentação de dados. Sua autoria é Maria Cláudia da Cruz Pires e seu orientador Othon Coelho Bastos Filho⁷ e coorientador Everton Botelho Sougey⁸ (PIRES, 2010).

Como já dito, foi uma dissertação sobre usuárias/os que vivenciaram tentativa de suicídio por envenenamento (TSE) e foram atendidas/os do Hospital da Restauração (HR) no Recife. Em sua metodologia, o estudo é apresentado como quantitativo, descritivo e analítico, de corte transversal, e o período é dezembro de 2008 a agosto de 2009 no HR. Há uma apresentação do Hospital da Restauração, incluindo seus aspectos relacionados ao SUS, como sendo público e universal e considerado o maior em Pernambuco dentre hospitais os públicos. Há desde 1992 o CEATOX-HR (Centro de Assistência Toxicológica - Hospital da Restauração) que atua integralmente como o SINITOX (Sistema de Informações Toxicológicas do Sistema Nacional), dentre outros órgãos de assistência e promoção de saúde do estado e nacionalmente (PIRES, 2010).

Como bem detalha Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) a população no recorte temporal escolhido foi de 947 pessoas que tentaram suicídio por envenenamento em 2009. Com o auxílio de relatório do CEATOX-HR, 110 pessoas representaram a amostra que, por sua vez, foi decidida aleatoriamente chegando a pessoas de 14 a 78 anos. Dentre os critérios de exclusão, estavam “Apresentar estado clínico e mental cognitivo incompatível com as condições da pesquisa” (2010, p. 58) e o respeito à recusa na participação. Foram entrevistas e estas tinham por instrumentos a ‘Entrevista Diagnóstica Estruturada e Padronizada Mini – Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI)’ – (Figura I) e um formulário objetivo de pesquisa particular da pesquisa (Figura II e Figura III) criado segundo os objetivos da dissertação, procurando históricas clínicas, informações sociodemográficas, antecedentes considerados hereditários e pessoais e outros aspectos como ‘História da doença atual’. Quanto a Maria Cláudia da Cruz Pires, paro essa breve apresentação porque habita nesses aspectos,

⁷Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9342820774313726>

⁸Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1960413762128569>

especialmente nos instrumentos, as principais possíveis considerações contra-coloniais sobre os temas da autora, sem esquecer das referências utilizadas.

A segunda dissertação lida, ‘Vivências estressoras, violência autoinfligida e comportamento suicida em universitários’, de autoria de Carolina Maciel Fiamoncini, com orientação de Murilo Duarte Costa Lima⁹ e coorientação de Everton Botelho Sougey é de 2020 tem uma estrutura de escrita dividida entre: ‘Introdução’; ‘Referencial Teórico’; ‘Material e Métodos’; ‘Coleta de Dados’; ‘Análise Estatística’; ‘Referências’; e Apêndices/Anexos. A autora, dentre outros objetivos, se preocupou na associação da possível presença de vivências que considerou estressoras no meio universitário, fixando suas análises na UFPE, e sua relação com violência autoinfligida e comportamento suicida.

No que concerne aos caminhos metodológicos, Carolina Maciel Fiamoncini (2020) os dividiu em duas fases. A primeira foi o estudo transversal com dimensão observacional e analítica. A autora defende que é neste momento que, num único momento e brevidade de tempo, medições são estabelecidas, possibilitando que variáveis sejam descritas. A segunda fase ela denomina de um estudo de caráter comparativo com modelo de risco a ser elaborado. Segundo Carolina Maciel Fiamoncini, a amostra foi analisada pela segunda vez, colocada de forma comparativa em dois grupos. Razões de risco foram observadas em cada grupo e variáveis com relevância para pesquisa foram postas num “[...] modelo de regressão logística para a estimativa de probabilidade da variável de desfecho.” (2020, p.31). Assumo que não consegui entender a totalidade da metodologia da autora por ser de outra área de conhecimento, apresentando ainda usos complexos matemáticos os quais não consegui compreender.

A complexidade da linguagem utilizada pela autora, a qual não se resumia a fórmulas e movimentos de cunho matemático, como igualmente a estrutura do texto sobretudo na metodologia, pode nos fazer questionar até que ponto nossos textos estão mais num campo vasto de compreensão para além do ambiente acadêmico ou restritos - não apenas em necessários diálogos dos quais o meio acadêmico deve retirar críticas - à população não ocupantes do complexo meio acadêmico, dentre os quais seleciono à nível de reflexão profissionais de saúde atuantes no SUS e cujos quais a pesquisa de Carolina Maciel Fiamoncini seria profícua. ‘Para quem falamos?’ é uma pergunta pertinente, acrescento: “Até onde nossos

⁹Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7326848275529161>

textos podem ser compreendidos?”. Me coloco em dúvidas se todas as pessoas participantes da pesquisa de Carolina Maciel Fiamoncini se identificariam com as metodologias utilizadas.

Carolina Maciel Fiamoncini (2020) coloca que haviam 30.678 discentes matriculados em 2016 na UFPE. Com a utilização de um software chamado EPI-INFO - de domínio público criado nos Estados Unidos para a área de saúde - e se baseando em proporcionalidades para: confiabilidade, erro e prevalência de suicídio em jovens acima dos 14 anos de idade, com um cálculo matemático chegou-se a uma amostra de 505 discentes e, depois de um acréscimo de 20% para possíveis perdas na amostra, o número foi 609: 280 da área da saúde; 329 de humanas (a autora objetiva possíveis diferenças nas duas áreas).

Sobre os instrumentos, Carolina Maciel Fiamoncini teve o cuidado de adaptar alguns segundo a faixa etária, sendo eles: Questionário de Dados Psicossociais; Mini International Neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) – versão brasileira 5.0.0 – Módulo C – Risco de suicídio; Escala de Comportamento de Automutilação (FASM); QVA-r (Questionário de Vivências Acadêmicas, versão reduzida). Ao que foi possível compreender, dados foram tabulados, com o ‘Teste Qui-quadrado de Pearson’ utilizado para ver avaliação de associação entre as variáveis. E ainda usou um valor chamado de ‘OR’ e uma regressão logística multivariada – novamente devo confessar minha falta de compreensão nesta parte. O que foi entendido foi que se objetiva chegar a probabilidades confiáveis. Sobre o valor ‘OR’ é mencionado pela primeira vez da seguinte forma: “Os intervalos para OR foram obtidos com 95,0% de confiança” (FIAMONCINI, 2020, p. 8). Além disso, o valor, numa busca por mais trilhas interpretativas, é colocado em tabelas com porcentagem que dizem respeito a estudos de relação de algumas variáveis, como é o caso da tabela correspondente a associação entre comportamento suicida, violência auto infligida com bullying na escola. Novamente: não tive como dar conta de todos os temas que pulsavam nelas.

Carolina Maciel Fiamoncini (2020) trouxe dados e considerações fundamentais para entendermos vivências acadêmicas. O que vou tentar é um diálogo contra-colonial com alguns.

A tese lida foi defendida em 2010 com o título de ‘O Discurso e a Prática no Centro de Atenção Psicossocial: a construção do cuidado em Saúde Mental’, escrita por uma profissional não oriunda do campo da medicina e sim da Terapia Ocupacional, Vera Lúcia Dutra Facundes, orientada por Othon Bastos e coorientada por Maria Gorete de Lucena Vasconcelos¹⁰. Do ponto de vista de estrutura da Tese: ‘Apresentação’; ‘Delimitação do Problema de Pesquisa’ – onde estão os objetivos e uma análise da história da psiquiatria em Pernambuco; ‘Aspectos Teórico-

¹⁰Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/11110920007311363>

Conceituais com questões sobre o SUS'; 'Trajetória Metodológica; Reflexões sobre os Achados', com diversos tópicos sobre CAPS e cuidado; 'Considerações Finais'; 'Referências'; 'Apêndices' – artigos da autora estão presentes.

Vera Lúcia Dutra Facundes (2010) apresenta sua tese como uma análise de ações de um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na cidade do Recife e os discursos das pessoas envolvidas, dentre elas usuárias/os, familiares e profissionais com suas percepções, assim como a compreensão das práticas e suas relações com a rede de atenção à Saúde Mental no território e o CAPS. Vale dizer que a autora aponta também para como a integralidade de ações e o projeto terapêutico ocorrem. A leitura, dessa forma, foi a mais fluida em decorrência do tema.

A escolha da pesquisa enquanto qualitativa se deu porque a autora identifica o campo da Saúde Mental tendo a subjetividade como objeto central. Vera Lúcia Dutra Facundes (2010) diz ainda que escolheu a qualitativa porque nela as pessoas interpretam suas experiências, que referências para ações são construídas por interações no cotidiano e nas instituições, que há influência entre valores e ações, por exemplo. O CAPS da pesquisa ocorreu por o mesmo ser aberto para atividades de teor acadêmico, desde estudos observacionais para trabalhos de conclusão, passando por experiências de residência na área da psiquiatria, como estágios curriculares. Não obstante, o CAPS estava no projeto piloto. Vera Lúcia Dutra Facundes intencionava descrever e analisar contextos e relações com múltiplas informações, incluindo dados primários, como diários de campo ou até entrevistas; e dados secundários, como documentos escritos; a autora buscava compreender a realização das ações no CAPS e os discursos de envolvidos. Dentro de um conjunto diverso de possibilidades, a autora incluiu somente usuárias/os vivenciando o CAPS. Foi importante também haver estados clínicos cognitivamente e mentalmente em organização – estas avaliadas pela equipe ou terapeuta de referência do Centro de Atenção Psicossocial. Do ponto de vista de cadastramento como responsáveis pela/os usuária/o, membros familiares eram incluídos, bem como profissionais de saúde do CAPS com responsabilidades no serviço de saúde.

Eis uma rápida apresentação para no mínimo você as conhecer com mais camadas. Defendo aqui que cada uma apresenta pontos que tentei discutir procurando, de modo contra-colonial, os conceitos ou posturas quanto a sofrimento psíquico (ou ainda falando de silêncios). Não se trata de reduzir as produções as questões que apontarei e sim como assuntos para diálogo. Acredito que mais a frente haverá temas que certamente as três podem ser localizadas, entretanto preferi abordá-las uma a uma, sem deixar de esquecer as outras. Ou seja, são

abordagens destacando alguma produção, sem esquecer das demais. O fio que as une será o sofrimento psíquico aqui costurado em horizontes contra-coloniais.

4 SEM RIGIDEZ E SEM PROTOCOLOS: UMA TENTATIVA DE METODOLOGIA CONTRA-COLONIAL

Uma forma de iniciar o diálogo sobre as metodologias aqui utilizadas está no ato de ao longo da escrita identificar que os trabalhos analisados não seriam unicamente ‘dados’ coletados para uma análise contra-colonial, mas também referências bibliográficas para se debater os assuntos que emergiam. Além disso, as dissertações e a tese aqui foram observadas como documentos, incluindo suas facetas históricas de estar se refletindo sobre demandas de determinados tempos na Saúde Mental. Não obstante, será visto o entrelaçamento, uma intertextualidade entre as produções, pois foi essencial para entendermos o Posneuro. A postura metodológica mestiça, de estar num ‘outro caminho’ do debate sobre os assuntos não apenas possibilitou o diálogo, como uma amplitude de perspectiva em estar do ‘outro lado do rio’, como diria Gloria Anzaldúa (2019), diante das posturas das autoras. Para Gloria Anzaldúa, a metáfora de um rio é pertinente por não defender a permanência unicamente em um margem, o que traria mais solidez a ideia de opostos, objetiva-se assim distanciar da inflexibilidade de estar numa única margem. Do meu ‘lado do rio’ é minha posição, o transitar entre as margens do rio foi o exercício metodológico.

O primeiro passo foi acessar o site do Programa Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE¹¹, mais especificamente no seu repositório de dissertações e teses, o qual possibilitou um filtro por anos e áreas de concentração. Como dito, o recorte temporal escolhido foi a Instituição da RAPS através da Portaria 3088 de 2011. Foi com essa Portaria que a Rede de Atenção ficou mais nítida e com ela trajetórias diversas do ponto de vista Legal foram postas a quem acessa serviços públicos de saúde. Sendo assim, à nível de foco, o ano anterior a 3088, no caso 2010, e o ano de 2020 foram escolhidos para verificação de dissertações e teses que fossem de área de concentração da psiquiatria – campo profissional e de conhecimento cujo qual é meu interesse principal. Não havendo, portanto, direcionamentos para anos que não fossem os dois mencionados. Dito de outra forma, dissertações e teses do Posneuro que tivessem assumidamente concentradas na psiquiatria e que fossem do ano de 2010 e do ano 2020.

Antes de avançar, este trabalho foi escrito em sua grande maioria no tempo da pandemia Covid -19, a qual mesmo com vacinas sendo proporcionadas à população – a despeito de um governo federal de Jair Messias Bolsonaro como o maior obstáculo à saúde – teve suas

¹¹Para maiores explicitações quanto ao Programa: <https://www.ufpe.br/posneuro>

ressonâncias sobretudo nas aulas do mestrado e no contato presencial com colegas e orientadora. Dito isso, foi nesta conjuntura que se deu o tempo de coleta - de maio a junho de 2022 -, a análise das produções durante todo o segundo semestre do referido ano e a escrita de dezembro (2022) aos últimos dias de fevereiro de 2023.

Como escolhi o caminho de uma apresentação gradual, até para tentar uma análise mais cuidadosa das produções, ao buscar no site, utilizando o filtro de anos e verificando uma a uma as áreas de concentração (pois estavam na folha de rosto) para ter certeza da presença da psiquiatria devido à diversidade do programa nas suas pesquisas. Quanto ao ano de 2010: Maria Cláudia da Cruz Pires, com sua dissertação ‘Estudo sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento no Recife-PE, Brasil’, foi a primeira encontrada; depois a tese de Vera Lúcia Dutra Facundes, ‘O Discurso e a Prática no Centro de Atenção Psicossocial: a construção do cuidado em Saúde Mental’ também estava disponível. Por fim, em 2020, encontrei a dissertação de Carolina Maciel Fiamoncini. ‘Vivências estressoras, violência autoinfligida e comportamento suicida em universitários’. Todas as três produções estão disponíveis ao público para acesso e leitura no site do Programa. E assim tinha obtido os documentos que analisaria.

Posto isso, as abordagens feitas com as dissertações e teses carecem serem explicitadas – torço para que isto fique mais nítido com o avançar da dissertação. Um primeiro ponto é que as considero como documentos baseados nas considerações de Jacqueline de Souza, Luciane Prado Kantorsk e Margarita Antonia Villar Luis (2011), já que documentos seriam formas de registrar, no caso por escrito, informações para compreensões de relações e/ou fatos. Sendo assim, os documentos proporcionam conhecer períodos históricos, bem como são meios de deixar registradas manifestações de esferas sociais de grupos determinados. Entendo que se trata de uma compreensão ampla, mesmo que esteja aqui focando no escrito. Observar as dissertações e teses dessa maneira me permitiu localizar no meio acadêmico no igual movimento de as ver compondo a teia social, especialmente naquilo que as diz respeito: a psiquiatria.

Uma análise documental então se instaurou baseada em interpretações que a viam como abordagens de identificação, verificação e apreciação. Os documentos foram, com isso, analisados com um fim específico – as conceituações de sofrimento psíquico – e foi necessário a complementação dos dados conseguidos com contextualizações. Ou seja, as informações nas dissertações e teses foram localizadas e organizadas, não deixando de lado o objetivo principal na busca. A análise documental tem muitas interpretações, incluindo divergentes, aqui ela foi

utilizada enquanto descrição e também intercâmbio de informações. Os documentos foram lidos e analisados com objetivos parciais para reconstrução e análise crítica, no caso contra-colonial, dos dados (SOUZA; KANTORSK; LUIS, 2011).

Não foi possível seguir todas as recomendações de Jacqueline de Souza, Luciane Prado Kantorsk e Margarita Antonia Villar Luis (2011), até pelo que se vai ser discutido mais à frente, porém estas autoras demarcam a importância do material baseada na sua organização, na análise do seu conteúdo criticamente, caracterizações dos documentos, realização de fichamentos, interpretação e ainda realização de sucessivas leituras. Do ponto de vista mais pragmático, parágrafos de importância teriam que ser destacados, relidos, planilhas elaboradas e classificações de cada item dos documentos. A análise documental aqui foi usada por permitir uma fluida base de dados das produções, permitindo a construção de considerações ofertadas a discussões sobre sofrimento psíquico ou ainda dentro do contra-colonial.

Todavia, no que tange a esta dissertação, a análise documental foi a segunda parte mais difícil – perdendo para a bibliometria como será demonstrado -, já que as leituras de duas dissertações de duas cientistas da área médica foram um árduo trabalho. Me refiro à linguagem? Também, mas à forma como o conteúdo estava posto e a como fórmulas matemáticas aqui não foram compreendidas. Peço para você pensar que li (reli mais de uma vez uma dissertação) e percebi que fichamentos seriam um caminho arriscado por haver o risco de perder quaisquer informações. Logo, fiz longos resumos, dos quais fiz comentários em parágrafos que considerava com subsídios para crítica contra-colonial, abrindo mão assim de fichamentos. Recomendo resumos para facilitação da análise e manutenção do que foi escrito.

Percebi as estruturas das produções diferentes entre as dissertações e a tese: as profissionais de medicina tinham uma estrutura baseadas nas divisões mais comuns para o método científico hegemônico (e isso não é uma crítica) tais como ‘Introdução’, ‘Objetivos’, ‘Materiais e Métodos’, ‘Resultados e Conclusão’ (havia certas mudanças nessas duas dissertações, mas em suma as estruturas eram semelhantes); já a tese escrita pela terapeuta ocupacional tinha uma estrutura mais de acordo com o que ela ia encontrando no campo, se constituindo de tópicos e uma escrita mais pessoal. Aqui a análise documental possibilitou ver essas produções como documentos vivos, mediante a qual grandes resumos comentados foram elaborados e com isso as informações foram mantidas. Por fim, é fundamental destacar que os instrumentos de pesquisa utilizados pelas duas médicas foram cruciais, mesmo tendo sido elaborados numa área muito distante da minha. E no final de cada resumo estava a localização regional de cada referência brasileira utilizada e quantas havia em outros idiomas. Com isso,

mesmo sabendo que com certeza deixei lacunas pelo caminho, a análise documental foi feita sem rigidez, de acordo com os documentos e respeitando as autoras.

Prosseguindo, adentro, então, na Bibliometria por permitir que um retrato desse cenário seja obtido através das localizações das suas fundamentações teóricas. Nessa perspectiva, consegui perceber as principais regiões, ou estados, em que residiam revistas ou editoras usadas pelas autoras. Numa compreensão histórica, a bibliometria era um campo da ciência da informação ampliada com o tempo para outras áreas do conhecimento promovendo um rompimento com uma dicotomia entre as pesquisas quantitativas que usavam a bibliometria de modo tradicional (mais usado no início de usos bibliométricos) e as qualitativas. Bibliometria é quantificar e qualitativamente recuperar conhecimentos científicos, possibilitando ainda que produções científicas sejam avaliadas no que tange aos seus impactos da política científica brasileira (KOBASHI; SANTOS, 2006).

As considerações sobre as referências utilizadas pela autora nos remetem, a como a noção de região, no caso refletindo sobre a construção/invenção do Nordeste, deve possibilitar pensar como se deu um recorte espacial específico das relações de poder brasileiras: uma lupa que mergulha nos poderes envolvidos e não necessariamente em marcadores naturais. Região, nesse sentido, tem significados administrativos, militares, fiscais e está em consonância com os poderes e suas relações estão ligadas à espacialidade. Não é que não possamos visualizar geograficamente ou ainda como uma divisão do espaço natural, mas sim que antes dessa camada tivemos um espaço de domínio, um esquadrinhamento, uma utilização estratégica do espaço que nos possibilita entender também a produção de saber. E saliento como a invenção de uma região parte de um pressuposto de homogeneização (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2011).

A bibliometria nessa discussão fica como uma ferramenta na metodologia para ultrapassar os documentos e me orientar na escrita por campos do conhecimento a serem discutidos, como a produção científica no Nordeste. A bibliometria também pode ser compreendida como uma forma de pesquisa qualitativa por promover reflexões sobre ciências, verdades e como certos conhecimentos estão dentro de estruturas institucionais condicionantes de práticas sociais. Há inerentes parcialidades e governança também parcial ordenadora de poderes para referência a certas autorias e exclusões de outras, tanto em bibliotecas físicas como em revistas científicas. Então aqui já afirmo que o uso da bibliometria me foi interessante para identificar o que estava sendo dito e não-dito, ou ainda o que estava sendo usado e não usado (e onde estão). Ponte chave da metodologia por me permitir considerações contra-coloniais as

quais o contexto da política científica brasileira se abria com recortes regionais sobre regularidades na ciência, no caso da psiquiatria. Aí repouso o sofrimento psíquico. Não sendo um assunto debatido, e o que vinha eram as formas de patologização num corpo neutro. Onde, então, estavam erguidas as produções de conhecimento balizadoras? Tentei com bibliometria (ALVARENGA, 1998).

E para não esquecer que ao me direcionar para documentos, Rosana Kripka, Morgana Scheller e Danusa Lara Bonotto (2015) me apresentaram uma pesquisa vasta com conceitos de autores quanto a documentos que me é relevante para tentar desenvolver uma postura mais contra-colonial. Documentos podem ser interpretados tanto como vestígios de uma atividade humana em determinada época, assim como possui conceituações mais formais: como de suportes informativos de registro para consultas, provas ou estudos. Não são apenas os escritos, temos os icnográficos, cinematográficos ou outras formas de registrar. Documentos não são apenas fontes variadas de informação, mas também elaborados com alguma finalidade e especialmente para algum público ou alguém específico.

Nessa junção, identifiquei as dissertações e tese como elementos pulsantes de objetivações, sérias posturas científicas e de suportes teóricos. Por mais que seja uma área de conhecimento "distante" da minha, as produções no debate sobre bibliometria me apontaram fôlego das autoras maiores em estados mais ao Sul do Brasil. Nesta dissertação que oferto a leitura, a metodologia compôs a fundamentação teórica, não havendo divisões rígidas - não obstante, assumo que por vezes isso foi difícil de não reproduzir. A mesma ferramenta metodológica é a mesma que me fez tecer considerações contra-coloniais. Ou como defende Jota Mombaça (2016), convencionalidades metodológicas podem ser recriadas a despeito do que objetivamos.

As produções com essas posturas entraram não somente no plano teórico mais geral da bibliometria e sim como um artifício para abordar documentos: a análise de citação foi fundamental. Aqui citação é compreendida como uma posição de uma autoria com seu fundamento teórico e metodológico, podendo ainda ser uma representação da polifonia dentro do campo, demonstrando como numa mesma área pode haver uma versatilidade maior de referências bibliográficas. Em tese, analisar citações construiria lupas para ao menos localizarmos os caminhos escolhidos para ancorar teorias e metodologias das autoras (percebi isso nos instrumentos, por exemplo). As dissertações e a tese teriam, dentro do não-dito encontrado, interações e relações com o conjunto científico de suas áreas (ALVARENGA, 1998). Como aludido, não foi uma tarefa prazerosa, mas devido à quantidade maior – não em

todas – de autorias em língua inglesa desloquei esse dado para uma quantificação; quanto às autorias brasileiras recorriam aos estados de publicação, como será demonstrado. A bibliometria, por fim, entra como um segundo passo dos resumos comentados, acolhendo criticamente as posturas teóricas e as localizando.

Nesse percurso, por enquanto tentando os ver enquanto etapas, havia um esteio: o contra-colonial. Nesta dissertação colocar essa posição teórica e política apenas como fundamentação teórica é reduzir suas potencialidades. Assim, todo o corpo dissertativo está – numa tentativa – com direcionamentos os mais próximos possíveis do contra-colonial. Por isso encontrei abrigo em Jota Mombaça (2016) e suas propostas metodológicas de não haver protocolos rígidos, tal como um movimento de escrita marcado pela indisciplina, submetodologia e método selvagem. Mais do que alternativas, são provocações às metodologias mais rígidas e que acorrentam autorias. Há, no entanto, uma convergência necessária entre métodos convencionais com outros que supostamente seriam contraditórios. Não para por aí, pois Jota Mombaça aponta que mesmo diante do uso de metodologias tidas como disciplinas há espaços para trazer autoras/es silenciadas/os ou vivenciando a indiferença acadêmica, não descartando que redes de saberes podem sair das margens e serem ouvidas. Dito isso, aqui tentarei ser, no que toca ao contra-colonial pelo menos, indisciplinado e ter um método selvagem. O ponto é não centrar em hegemonias.

Na metodologia ficou mais explícito como um pensamento crítico de fronteira seria outra âncora, especialmente quanto ao diálogo com a psiquiatria marcada pela modernidade. Um discurso crítico fronteiro se inscreve numa exterioridade a qual precisa de um lócus. E é daí que nasce um método crítico contra discursos ordenadores modernos. Não é uma rejeição completa da modernidade e sim uma redefinição de epistemologias não desconsiderando subalternidades históricas. O abraço ao fronteiro me possibilitou lócus de enunciação, o "observando" como um ambiente potente de discursos críticos e produtor de saberes. A fronteira me pareceu nessa postura um lugar do qual consigo entender a hegemonia, cuja qual não centralizei minhas análises e mais tentei dar atenção ao que os locais de conhecimento periférico tinham a narrar (NOLASCO, 2017).

Muito bem, porém como isso aplica a conceituação de sofrimento psíquico? Em primeiro lugar temos um controle ao sofrimento, uma construção de saberes advinda de uma Europa no controle da vida e da morte e uma hegemonia ainda reproduzida com outras máscaras na contemporaneidade (FURTADO, 2014). Em segundo lugar, as dissertações e a tese, cada uma à sua maneira, tinham essa hegemonia nas mãos e ora a seguravam com força, ora a

soltavam. Em terceiro, temos um Posneuro localizado num estado diversificado dentro de uma região inventada por grupos dominantes do sul do país (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2011). Me pareceu ao longo das leituras das produções, na escrita e no contra-colonial, que estavam em periferias. Sim, a psiquiatria ainda é hegemônica, mas ver a pernambucana frente ao restante do país trouxe essa hipótese: O sofrimento psíquico precisou ser situado.

Uma postura fronteiriça descolonial ocupa a fronteira-sul (metáfora que abarca também o sofrimento de populações colonizadas), toma o Brasil como lócus fronteiriços sem desarticulá-lo do povo latino. Ou seja, o posicionamento contra-colonial aqui ganha essa tonalidade: os assuntos aqui habitam fronteiras. Assim como há a defesa do discurso biográfico crítico enquanto método, este pensamento fronteiriço é descolonial para adentrar em retóricas modernas coloniais; utilizando de discursos biográficos, por exemplos, para manter o corpo presente – observei o aposto nas produções – por meio do distanciamento de cartesianismos. A fronteira-sul, portanto, é um lócus desta dissertação, já que um lugar onde pensamentos seguem estradas diferentes, outros mundos são vivenciados ou vistos no horizonte e o olhar moderno não se acentua (NOLASCO, 2017).

Volto a Jota Mombaça (2016). O termo ‘indefinição’ para uma metodologia não só foge do convencional, como também me fez considerar o tempo – este, se visto de modo racional, é linear e criaria etapas sucessivas e sólidas para a metodologia. O que trago, via Jota Mombaça, é que a pesquisa considerando o tempo seria uma performance com movimentos amplos, flexíveis e do qual os temas não dialogariam unicamente com modelos racionalistas (difíceis de não serem reproduzidos, mesmo nesta dissertação). As ciências se vistas como nômades, transitando, possibilitaria as metodologias, junto com seus procedimentos, caminhos, descaminhos, escolhas, uma heterogeneidade mais nítida – o que tentei aqui.

Dessa forma, as produções do Posneuro foram pensadas, com o contra-colonial metodologicamente, a partir de uma perspectiva que se coloca como uma performance – de movimentos de escritas e de análise - de aberturas criativas epistemológicas para pensamentos fronteiriços (sem haver separação rígida entre metodologia e fundamentação no que concerne à compreensão dos conceitos de sofrimento psíquico). Os caminhos metodológicos feitos para essa pesquisa no que diz respeito à estrada contra-colonial para a análise documental e bibliometria, então, foram: 1- circunstâncias por atentar para as análises enquanto performances, tanto de minha escrita (tentei) quanto das produções das autoras; 2- trajetórias de fronteira pela utilização de epistemologias não canônicas e pela tentativa de comunhão com clássicas, caso necessário. Tentei ter “suis”, porém almejei não ter amarras para manejar a

metodologia ao diálogo com as autoras e não esquecer do meu lugar contra-colonial na defesa da RAPS.

5 O SUPLÍCIO DA ESPERANÇA PARASÍTICA: UMA FORMA DE PATOLOGIZAÇÃO DA PSIQUIATRIA E INICIANDO DIÁLOGOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Na passagem do dia 14 de junho de 1958 do diário de Carolina Maria de Jesus: “Quero ver como é que eu vou morrer. Ninguém deve alimentar a ideia de suicídio. Mas hoje em dia os que vivem até chegar a hora da morte, é um herói. Porque quem não é forte desanima.” (JESUS, 2014, 61), e diz algo semelhante em 28 de julho de 1959: “Eu estava tão triste! Com vontade de suicidar. Hoje em dia quem nasce e suporta a vida até a morte deve ser considerado herói” (p.102) e ainda mesmo dia:

Encontrei com a dona Nenê, a diretora da Escola Municipal, professora do meu filho João José. Disse-lhe que ando muito nervosa e que tem hora que eu penso em suicidar. Ela disse-me para eu acalmar. Eu disse-lhe que tem dia que eu não tenho nada para os meus filhos comer (p.102).

A ideia de suicídio, ou tomando aqui a liberdade de ler como sofrimento, neste trecho pode contribuir para um início que se alicerce como narrativa, como expressão de um cotidiano complexo, marcado por desigualdades que mais a seguir podemos chamar também de coloniais. Não obstante, o tema suicídio se fará presente neste capítulo e suas formas de mensuração são um dos temas, mas deixo aqui de como este mesmo pode ser identificado de múltiplas formas. Carolina Maria de Jesus nos deixou seu diário, seus relatos e sua dor. Outrossim, temos uma análise da cidade, da política e de como ela nos permitiu uma visão de seu sofrimento não quantificado, mas repleto de camadas estruturais de um Brasil colonial.

O que nos narra Carolina Maria de Jesus são situações que aqui não tem a intenção de reduzi-la a estes dias específicos, mas ver a autora como uma pontapé inicial para nossas discussões contra-coloniais, não a colocando como meramente ilustrativa neste capítulo, mas como aporte teórico de um país com desigualdades coloniais; e é com suas narrativas que iniciamos o diálogo. No dia 02 de maio de 1959, Carolina Maria de Jesus (2014, p. 162) continua:

Ontem eu comprei açúcar e bananas. Os meus filhos comeram banana com açúcar, porque não tinha gordura para fazer comida. Pensei no senhor Tomás que suicidou-se. Mas, se os pobres do Brasil resolver suicidar-se porque estão passando fome, não ficaria nenhum vivo.

5.1 UMA PERSPECTIVA SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO EM PERNAMBUCO: OUVINDO UMA VOZ PSIQUIÁTRICA E OBSERVANDO QUANTIFICAÇÕES DA VONTADE DE MORRER

Antes de abordar os elementos que escolhi para falar de sofrimento, apresento a postura de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) quanto ao seu assunto: tentativa de suicídio por envenenamento. É o momento da voz dela estar presente. A autora identifica o tema suicídio como um tema complexo e histórico. Ela chama de ‘fatores de risco’ como uma espécie de lanterna para possibilitar o conhecimento de causas do suicídio através de estudos epidemiológicos com informações relacionadas às prováveis causas de suicídios notificados. Maria Cláudia da Cruz Pires tenta recortar características psiquiátricas, psicológicas, socioeconômicas, familiares e métodos antes da pessoa se matar. E ela defende que há populações específicas com números de suicídios maiores do que o restante da população. Entretanto, o fator de risco nesta produção é uma conceituação estatística cuja qual pode ser entendida como uma relação de aspectos de um grupo, indivíduo ou ambiente que “[...] aumenta a chance de desenvolver um resultado adverso e mensurável, que precede o resultado, isto é, a probabilidade de ocorrência de uma condição relacionada ou não à doença” (PIRES, 2010, p. 37).

Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) se baseia, não somente na sua fundamentação, como também na análise de dados, principalmente na APA (Associação Americana de Psiquiatria) – referenciada 28 vezes ao longo da dissertação - pela qual, dentre outras informações, temos que 90% das pessoas que se mataram tinham critérios para um ou mais transtornos psiquiátricos. Seguindo assim, ‘fatores demográficos’ estão reunidos em: ‘Faixa etária’; ‘Gênero’; ‘Etnia e cultura’; e ‘Estado civil’. ‘Transtornos psiquiátricos’, no que concerne a APA e outras autorias, estão a ‘Dependência química’; a ‘Esquizofrenia’; e ‘Transtornos de humor’. ‘Indicadores biológicos’ também deveria serem pautados, assim como ‘Histórico familiar’

Minha proposta é adentrar rapidamente em algumas considerações que Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) conseguiu na perspectiva desses fatores relacionados ao suicídio. Sobre idade, para exemplificar, em 50 anos uma estabilidade numérica tem sido constatada, o que aumentou foi o suicídio entre adolescentes e os adultos considerados jovens. Embora em idosos o número caiu, na época da dissertação, era a terceira causa de morte nessa faixa etária. A APA coloca que a idade está vinculada a aspectos estressores psicossociais, família e obviamente transtorno psiquiátrico. Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) utiliza da OMS (Organização Mundial de Saúde) para relacionar o assunto com gênero (colocado na dissertação como masculino-feminino/-homem/mulher), pois a possibilidade da morte por suicídio aumenta para

ambos os gêneros, todavia homens se matam mais quando a vida adulta está findando – na China é o contrário. Agora, um posicionamento da APA, quando o assunto se refere a gênero, é que existem características tidas como femininas e masculinas – aqui deixo que não consegui interpretar como uma estirpe de essencialismo – que amenizam riscos de suicídio. As mulheres teriam mais facilidade em procurar ajuda, diferente dos homens. Homens, por sua vez, são mais impulsivos e mulheres receberiam mais apoio social, sofrendo menos com transtorno, por exemplo.

Sobre o fator demográfico ‘Etnia e Cultura’ quando o assunto é imigração, taxas de suicídio dessa população seriam espelhos do país em que estão. Ademais, tanto homens como mulheres teriam no modo como estão adaptados um reflexo no que toca ao maior risco ou proteção, não havendo aqui diferença. Destarte, ainda sobre o povo imigrante: “Assim, o envolvimento com drogas, atividades criminosas associadas à autodesvalorização, provocaria no suicídio um alívio do estresse decorrente deste estilo de vida” (PIRES, 2010, p. 39). Maria Cláudia da Cruz Pires coloca as informações de autorias estadunidenses para relevar um estudo do qual mulheres negras se matariam menos que as brancas, indicando uma comparação para a construção de taxas entre esses dois grupos.

Quanto aos transtornos mentais, destaco o chamado ‘Transtorno Depressivo Maior’ pois o mesmo passaria por um problema de equivocadas interpretações entre depressão e tristeza. Entretanto, com o diagnóstico estabelecido, e com o cenário dos Estados Unidos, o transtorno depressivo maior atingiria 20 milhões de pessoas por ano: 13% de homens e 21% de mulheres em algum momento da vida padeceriam. Seja este específico, ou outros transtornos depressivos, são colocados como os mais comuns em pessoas que se mataram. Biologicamente, o comportamento suicida já foi estudado através de alterações da função serotoninérgica, bem como hiperatividade do eixo hipotalâmico-Hipofisário-adrenal, IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), nível baixo de colesterol. No que diz respeito a famílias, fatores genéticos são defendidos e “Estudos sugerem que o comportamento suicida tende a ocorrer em determinadas famílias” (PIRES, 2010, p. 43). Aqui deixo um questionamento quanto à separação da tristeza parecer ser defendida, mas ao mesmo tempo o transtorno pareceu ser a chave interpretativa mais usada, incluindo com guarda-chuvas biologizantes.

É o sofrimento? A palavra em si é mencionada três vezes: 1- na ‘Revisão de Literatura’ (p.32), numa citação direta de Albert Camus, como presente numa profunda reflexão sobre viver e morrer por conta própria; 2- Na ‘Discussão’, no tópico ‘Ideação Suicida e Pensamentos de Morte’ (p.76), mediante a qual a autora coloca que o sofrimento antes de morrer é pensando

por muitas pessoas e isto pode fazer com que haja uma recuo da tentativa; 3- nas ‘Conclusões e Comentários,’ no tópico ‘Presença de Estressores’, cujo qual o sofrimento, agora chamado de ‘sofrimento psíquico’, está associado a TSE e a comorbidades psiquiátricas. Conquanto a palavra ‘dor’ é utilizada, destaco aqui a expressão que lhe é associada em alguns momentos, ‘cry for help’, a qual numa tradução livre seria ‘implorar por ajuda’. No contexto da dissertação, diz respeito às pessoas que vivenciaram a tentativa de suicídio mais como uma reação à dor do que uma vontade de morrer.

Necessitei apresentar os aspectos anteriores não como uma crítica e sim como forma de compreender o fio teórico pré-estabelecido ou ainda como uma postura política frente ao assunto. Me incomodou? Sim, mas no processo de escrita desta dissertação não houve e nunca haveria saúde mental para dar conta de todos esses elementos. O que focarei é nos instrumentos utilizados, apontado alguns resultados da autora e direcionando de modo contra-colonial o olhar para sofrimento psíquico. Precisei ouvir nessas linhas anteriores vozes coloniais para tentar ser contra-colonial.

Durante a metodologia, temos um vislumbre de como os resultados de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) foram organizados. O banco de dados foi alinhado e com isso usado um software SPSS – versão 13.0. Pelo que pode ser compreendido, trata-se de uma plataforma para também analisar dados. As variáveis de pesquisa da autora neste software foram explicadas com distribuições de diversas frequências, calculadas com medidas de descrição, sejam a média ou desvios padrões. Um exemplo são os dados nas associações de gênero, onde Maria Cláudia da Cruz Pires usou o “[...] o teste Qui-quadrado de independência de Pearson, com nível de significância de 5%.” (2010, p. 60). Pelo que consegui interpretar era o uso de uma plataforma para mensurar e quantificar, o que deixa mais nítido a forma como a autora, numa pesquisa quantitativa, apresenta seus dados.

O perfil sociodemográfico encontrado por Maria Cláudia da Cruz Pires (2010), mais possível de ser compreendido se olharmos a ‘Figura II’ e a ‘Figura III’, o maior número de tentativas por envenenamento estava na faixa etária entre 14 e 29 anos, representando 58,2%. A quantificação foi mais fechada no que toca ao gênero, com 70% sendo feminino. Existe um ponto interessante na pesquisa da autora é que em como referências utilizadas observam o convívio conjugal estável, espelhando na amostra com 63,6% das pessoas que tentaram se matar não tendo companheira/o. Há outros resultados, destaco: 85,5% não tinha profissão; 5,5% das pessoas tinham nível superior; e 67,3% tinham para si o que é chamado de ‘crença religiosa’ (há três perguntas na ‘Figura II’ para observarmos: se a pessoa ‘Sim’ ou ‘Não’ tem religião;

mais a frente, com respostas afirmativas ou negativas novamente quanto a 'Crença em Deus' - quanto a essa abordagem vale destacar o monoteísmo ocidentalizante sendo tomado como modelo de espiritualidade dentro dos questionamentos; e ainda 'Acredita na vida ida após a morte'. Vivências traumáticas foram afirmadas por 62,7%, cujas qual abuso sexual prevaleceu. Deixarei ambos os instrumentos aqui.

Figura I: Anexo VI de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) – M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview – Brazilian version 5.0.0 – DSM IV’ (exemplo: Módulo ‘E’)

				121
E. TRANSTORNO DE PÂNICO				
→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTES				
E1	a Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ?	→ NÃO	SIM	1
	b SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	→ NÃO	SIM	2
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ sem motivo ?	→ NÃO	SIM	3
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?	NÃO	SIM	4
E4	Durante o episódio em que se sentiu pior :			
	a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?	NÃO	SIM	5
	b Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?	NÃO	SIM	6
	c Teve tremores ou contrações musculares ?	NÃO	SIM	7
	d Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?	NÃO	SIM	8
	e Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	9
	f Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?	NÃO	SIM	10
	g Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?	NÃO	SIM	11
	h Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?	NÃO	SIM	12
	i Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?	NÃO	SIM	13
	j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?	NÃO	SIM	14
	k Teve medo de morrer ?	NÃO	SIM	15
	l Teve dormências ou formigamentos no corpo ?	NÃO	SIM	16
	m Teve ondas de frio ou de calor ?	NÃO	SIM	17
E5	E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		<i>Transtorno de Pânico Vida inteira</i>		
E6	SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
	SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	<i>Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira</i>		
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
		<i>Transtorno de Pânico Atual</i>		
M.I.N.I. 5.0.0 Versão Brasileira / DSM IV / Atual (Junho, 2002)				

Fonte: Pires, 2010.

Figura II: Apêndice III da obra de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) - Formulário da pesquisa

Apêndice III – Formulário da pesquisa

Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX)
Tentativa de Suicídio por Envenenamento (TSE)
Questionário de pesquisa (dados sóciobiodemográficos)

Número do prontuário _____ gênero masc () fem () _____
Motivo do internamento: () Atendimento clínico () Tentativa de suicídio
Entrada ____/____/____ Entrevistado em: ____/____/____
Identificação: nome: _____

Fatores sociobiodemográficos

1 - Gênero: () Masculino () Feminino
2 - Idade: _____ anos
3 - Procedência: () Recife () RMR () Interior de Pernambuco () Outros estados
4 - Convívio marital: () Sim () Não
5 - Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual
6 - Relacionamento afetivo (atual): () Estável () Não estável.
7 - Filhos: () Não () Sim - Filhos vivos _____
- Filhos mortos _____
- Abortos _____
8 - Instrução: () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo
() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo
9 - Profissão: () Não () Sim qual ? _____
10 - Fonte de renda: () Autônomo () Assalariado () Biscate () Aposentadoria () Pensão
() Auxílio governo
11 - Situação financeira: () Dependente () Independente
12 - Tem dívidas atuais: () Sim () Não
13 - Religião: () Sim () Não
14 - Reside: () Só () Acompanhado
15 - Há criança na casa onde mora? () Sim () Não
16 - Crença em Deus: () Sim () Não
17 - Acredita na vida ida após a morte () Sim () Não

História da doença atual

18 - Motivo alegado para a Tentativa de suicídio _____
19 - Problemas graves (no momento)? () Sim () Não
() Problemas financeiros () Desemprego () Separação afetiva
() Morte de ente querido () Doença grave na família
() Vergonha ou humilhação solidão () Conflitos familiares
() Brigas com o companheiro () Traição
() Desentendimento com familiares do 1^a grau () Problemas com a justiça
() Outros _____
20 - Agente do suicídio: () Medicamentos psiquiátricos () Medicamentos clínicos (outros)
Drogas: () Bebidas alcoólicas () Substâncias psicoativas
() Substâncias agrotóxicas () Outras _____
21 - Tentativas anteriores: () Sim () Não Número de vezes: _____
22 - Planejamento da TSE: () Sim () Não
23 - Pessoas no ambiente da tentativa: () Não () Sim
24 - Ideação suicida: () Sim () Não Conhece alguém que já TS? () Sim () Não
25 - Avisou a alguém da TSE: () Sim () Não
26 - Suicídio na família: () Sim () Não Quem: _____
27 - Sentimento pós-tentativa: () Aliviado () Decepcionado () Arrependido

Figura II: Continuidade do Apêndice III da obra de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) -
Formulário da pesquisa

Antecedentes Pessoais

28 - Infância: () Boa () Média () Ruim Por quê? _____ Fatos que marcaram a infância _____

29 - Criado por: _____ Adotado () Sim () Não

30 - Perdas parentais precoce: () Sim () Não Quem? _____

31 - Sofreu abuso sexual na infância: () Sim () Não De quem? _____

32 - Doença grave na infância? () Sim () Não Qual? _____

33 - Na sua família havia preferência de um filho a outro? () Sim () Não

34 - Você era o preferido dos filhos? () Sim () Não

35 - Fez/faz tratamento psiquiátrico? () Sim () Não
Você precisa? () Sim () Não Por quê? _____

36 - Sono alterado no mês anterior a TSE: () Sim () Não

37 - Foi incentivado a estudar? () Sim () Não

38 - Desempenho escolar: () satisfatório () Insatisfatório

39 - Você estudou: () Sim () Não

40 - Motivo de ter parado os estudos: () Necessidade de trabalhar () Dificuldade de aprender
() Falta de incentivo dos cuidadores: () Não há escola próximo à residência
() Por doença () Mau comportamento escolar () Não gosta de estudar () Uso de drogas
() Não gosta Escola/professores

41 - Alguma doença que prejudica seu trabalho / seus estudos? () Sim () Não Qual? _____

42 - Apoio emocional? () Sim () Não Quem? _____

43 - Apoio financeiro? () Sim () Não Quem? _____

44 - Medicação em uso: _____

45 - Tem doença: () Cardiológica () Neurológica () Respiratória () Metabólica
() Cegueira () Surdez () Ortopédica () Hematológica
() Degenerativa () Gastrointestinal () Infeciosa () HIV
Qual? _____

História familiar

46 - Pai: () Desconhecido () Vivo () Morto Há quanto tempo? _____

47 - Mãe: () Desconhecida () Viva () Morta Há quanto tempo? _____

48 - Doença mental na família: () Sim () Não Quem? _____

49 - Alcoolismo em familiares do 1º grau: () Sim () Não

50 - Dependentes de outras drogas entre os familiares do 1º grau: () Sim () Não

51 - Dependentes de tranquilizantes e ou anfetaminas entre os familiares do 1º grau: () Sim () Não

Diagnóstico M.I.N.I.

52 - () Episódio depressivo maior

53 - () Episódio depressivo maior com características melancólicas

54 - () Transtorno distímico

55 - () Risco de suicídio

56 - () Episódio hipomaniaco

57 - () Transtorno de pânico

58 - () Agorafobia

59 - () Fobia social

60 - () TOC

61 - () TEPT

62 - () Síndrome psicótica

63 - () Dependência de álcool () Abuso de álcool

64 - Dependência de: () Opióides () Alucinógenos () Solventes () Sedativos
() Canabinóides () Solventes/diversos () Anabolizantes
() Anfetaminas

65 - () Bulimia nervosa

66 - () Transtorno de ansiedade generalizada

Fonte: Pires, 2010.

Com o uso do MINI, Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) conclui que 98,2% das pessoas que participaram de sua pesquisa tinham um ou mais transtornos mentais, além disso havia a presença de transtorno na família em 90% e todos os homens tinham transtorno mental.

No dia 17 de maio de 1958, Carolina Maria de Jesus escreveu em seu diário:

Levantei nervosa. Com vontade de morrer. Já que os pobres estão mal colocados, para que viver? Será que os pobres de outro País sofrem igual aos pobres do Brasil? Eu estava discontente que até cheguei a brigar com o meu filho José Carlos sem motivo. (JESUS, 2014, p.33)

Carolina Maria de Jesus nos direciona para um Brasil pobre e como isto afeta sua “vontade de morrer”. Em diversos trechos do diário tenho um bobo sentimento, o da esperança, se naquele dia que começara a ser narrado ela tenha conseguido comida. Certamente Carolina seria acolhida em pesquisas e sua ótica apurada quanto à própria situação, seu sofrimento e o país demandariam complexidades. Não podemos esquecer que a mesma nos permite ainda situar esse sofrimento, nos possibilitando tantas localizações que o que narrar se transforma em análises. O que me incomodou no último parágrafo e me fez trazer Carolina Maria de Jesus foi que provavelmente ela e muitas mais pessoas não coubessem num instrumento e, caso sim, isto nos reduziria a uma condição psiquiátrica. E isso não é um apontamento desqualificador a Maria Cláudia da Cruz Pires (2010), até porque a mesma tem boas direções dentro do que objetivava.

Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) vai amarrando as pontas, defendendo que as motivações para tentativa de suicídio são historicamente uma condição psiquiátrica. Vamos a algumas considerações. Para a autora, os dados apontam que pessoas de nível superior tentam menos, o que ela identifica como sendo uma característica dos Hospitais Públicos do Recife. Populações sem oportunidade à mais escolaridades seriam um problema na inserção social, criando ansiedade. Para referências internacionais, não ter convívio conjugal é um fator favorável para tentar suicídio. Apesar disso, problemas de relacionamentos, incluindo familiares, também geram problemas e comportamentos suicidas, mais nas mulheres. E um dado que não consigo esquecer é que dentro de um ano, 2009, unicamente no Hospital da Restauração, 983 pessoas foram atendidas por tentativas de suicídio.

Na pesquisa de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) foi expressivo, segundo referências nacionais e internacionais, a prevalência de sintomas depressivos ou de humor, com relação ao suicídio. De forma organizada, ela constroi uma tabela com os principais transtornos encontrados, aqui vou colocar segundo ordem decrescente percentual e como nomeados por Maria Cláudia da Cruz Pires: ‘Episódio Depressivo’; ‘Uso problemático com álcool’; ‘Transtorno de ansiedade generalizada’; ‘Abuso de drogas’ – menos o álcool; ‘Síndrome

Psicótica'; 'Bulimia nervosa'; 'Transtorno de Distímia'; 'Episódio Hipomaniaco'; 'Transtorno de Estresse Pós-traumático'. Quanto à proteção e gênero: "As mulheres têm as vulnerabilidades e suas proteções próprias da condição feminina para o risco de suicídio" (PIRES, 2010, p.78). Estar grávida e ter filhos pequenos ofertaria menos risco ao suicídio.

Para Maria Cláudia da Cruz Pires (2010), as mulheres tentam com métodos menos letais porque seriam menos impulsivas, terem mais iniciativa de procurar ajuda e ter melhor inclusão social. A autora identifica que sua amostra foi objetivando conhecer o perfil sociodemográfico, fatores estressores, doenças mentais, diferenças desde que significativas entre gêneros e substâncias utilizadas na tentativa. Na última associação ao sofrimento e com nome de 'sofrimento psíquico' há uma associação com a tentativa de se matar e com alguma comorbidade psiquiátrica.

Por fim, os serviços públicos de saúde e assistência não foram esquecidos, no próprio ato de término da entrevista ocorreram, quando necessário, encaminhamentos para dispositivos de Saúde Mental, como os CAPS, uma vez que a presença do transtorno imperou; no que se trata menores de idade e violências como abuso sexual, o Conselho Tutelar e o Serviço Social assumiam o papel. Nas conclusões a autora defende programas sociais para populações como as que ela encontrou em sua amostra: com dependência financeira e com nível de escolaridade que poderiam gerar vulnerabilidades. As mulheres significaram maioria no abuso sexual e Maria Cláudia da Cruz Pires aponta para a imperativo de ações de prevenção no sentido de intervir.

Exercitando o uso do MINI, apenas para esta dissertação, arrisco afirmar que num contexto de tentativa de suicídio, não tomando essas pessoas enquanto mente apenas e sim como também corpos sem haver separação cartesiana, as perguntas do instrumento tornam-se uma espécie de quase inevitabilidade da não identificação com as situações apontadas no instrumento. Ou seja, há determinadas ideias, numerosas e diferentes. A identificação com aspectos do instrumento é maior, dessa forma, o que pode levar boa parte das pessoas a ter um diagnóstico fruto da soma e/ou da afirmação das situações. Peço a você que imagine que tentou se matar por envenenamento e olhe com atenção a como MINI cria situações comuns para algumas pessoas e dilacerantes para outras. Um exemplo: o Módulo 'G. Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social)'. A pergunta que alinha todo o módulo é se no último mês, houve incômodo, medo de ser o centro de atenções; ou ainda medo de humilhações em situações sociais, como falar em público, estar em espaços públicos ou ainda escrever enquanto alguém observa. Observe: 'no último mês' e também que caso a resposta for 'Não', o diagnóstico é descartado (o que não

seria meu caso), não havendo mais necessidade das outras perguntas – porém as respostas aos outros módulos, continua, afinal podem existir outros diagnósticos. Observe ainda as situações e o mais importante: no fim é ‘Sim’ ou ‘Não’. A média é que os mais de 10 módulos possam ser respondidos em torno de 15 minutos. O que fiz aqui foi um exercício e vale a menção que o instrumento demanda pessoas com treinamento para colocá-lo em prática. Deixo na ‘Figura I’ outro exemplo de um dos eixos.

Não, não encontrei conceituações de sofrimento psíquico, mas ele foi mencionado e colocado como um fator associado ao tema da tentativa ao suicídio. De um lado, o sofrimento não estava nas propostas. Por outro, pessoas que tentam se matar, vão para um hospital público e são vistas de inúmeras maneiras, seja o gênero ou raça (ambos podem ser silenciados ou essencializados - especialmente quando se atribui características sociais [quantitativamente] como naturais), é algo que de forma respeitável podemos debater. O gênero e a raça não aparecem inter-relacionados, a não ser quando a questão é quantitativa e se mistura novamente contextos sociais como pressupostos naturalistas. É como um espelho no qual reflete o que o instrumento quer ver.

A utilização do MINI – de novo, faz parte do corpo de pesquisa, está coerente com suas objetivações e campo de conhecimento – é uma demonstração provocadora de no mínimo causar um certo ruído, um ruído que incomoda. Por mais que haja situações bem elaboradas, um diagnóstico proporcionado por uma quantificação de “Sim” ou “Não” pode ser tema para diálogo. Concordo que talvez haja experiências das nossas vidas que podem ser resumidas num “Sim” ou “Não”, não arrisco dizer de todas.

Analisando o tema do sofrimento, por mais que ele esteja de certa forma presente nas comparações sociodemográficas, tive uma ótica que observou que os dados da ‘Revisão de Literatura’ utilizados como referências foram obtidos num sistema de saúde diferente do nosso, com outra trajetória histórica e outra situação socioeconômica. Novamente afirmo que não busquei aquilo que a autora não intenciona, somente coloco considerações de como as comparações me pareceram – e aqui posso estar equivocado – uma reflexão com direcionamentos específicos: a quantificação para diagnóstico. E isto parece óbvio e está dentro do que Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) pretendia. Mesmo numa pesquisa assumidamente quantitativa, diagnosticar aquelas situações é desconsiderar o sofrimento psíquico e suas dimensões coloniais.

Entretanto, o CAPS se mostrou presente num momento que a RAPS ainda não estava legalmente instituída, havendo os devidos encaminhamentos, bem como para os respectivos

âmbitos e categorias profissionais no caso de violências, além disso o Hospital da Restauração pareceu ser uma instituição preocupada com os altos números. Ao mesmo tempo em que há esses desdobramentos das 98,2% das pessoas diagnosticadas, os sistemas de opressão - seja gênero, raça ou classe - as quais podem interferir em suas vidas – podendo ou não estarem mais expressas em narrativas de sofrimento – ficaram para sempre no silêncio em decorrência das próprias propostas da pesquisa.

Ana Kalliny de Sousa Severo e Magda Dimenstein (2009) defendem que tanto o sofrimento, como o diagnóstico psiquiátrico, deve ser contextualizado na esteira de vida das pessoas. Modelos de saúde biomédicos como lupas para questões sociais colocam em relevo o diagnóstico (ou o negam) e apenas afirmam o sofrimento como natural. O próprio diagnóstico pode ser uma ferramenta pertinente se delimitada em contextos socioculturais e situações da vida – a despeito de me posicionar de que o sofrimento psíquico podia ter mais espaço, compreendo que Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) seguiu sua área de conhecimento, respeito sua posição, porém com o prisma contra-colonial me perguntei o quanto marcadores sociais foram apagados, especialmente no uso dos instrumentos. Acredito que para encerrar esse tópico como diálogo, seria importante Carolina Maria de Jesus.

Carolina Maria de Jesus (2014) reflete sobre um caso na escrita do dia de 15 junho de 1958:

Fui comprar carne, pão e sabão. Parei na banca de jornaes. Li que uma senhora e três filho havia suicidado por encontrar dificuldade de viver. (...) A mulher que suicidou-se não tinha alma de favelado, que quando tem fome recorre ao lixo, cata verduras nas feiras, pedem esmola e assim vão vivendo. (...) Pobre mulher! Quem sabe se de há muito ela vem pensando em eliminar-se, porque as mães tem muito dó dos filhos. Mas é uma vergonha para uma nação. Uma pessoa matar-se porque passa fome. E a pior coisa para uma mãe é ouvir esta sinfonia:

—Mamãe eu quero pão! Mamãe, eu estou com fome!(p. 62-63)

No dia 29 de abril de 1959, Carolina Maria de Jesus (2014, p. 161) narra:

Hoje eu estou disposta. O que me entristece é o suicídio do senhor Tomás. Coitado. Suicidou-se porque cansou de sofrer com o custo da vida. Quando eu encontro algo no lixo que eu posso comer, eu como. Eu não tenho coragem de suicidar-me. E não posso morrer de fome

Num primeiro momento podemos lembrar também como os escritos de Carolina Maria de Jesus nos situa num Brasil, no centro urbano-industrial, da década de 1950 maquinado com a ideia de um pressuposto progresso econômico o qual ocultava realidades como a dela. Voz de denúncia – e vejo também de situar desigualdades sociais brasileiras -, ela possibilitou que o sofrimento fosse expressado no mesmo movimento que apontava para oportunismos políticos. Suas análises e desabafos não estão destinados só ao espaço da favela, pois Carolina utiliza de

suas narrativas para relacionar com questões mais sistêmicas e macro da cidade (SPAREMBERGER; OLIVEIRA, 2020). Interpreto também como uma voz parcial, localizada num determinado território pelo qual foi possível ver outro São Paulo em desenvolvimento, marcado por vulnerabilidades sociais que compunham o sofrimento de Carolina.

Quanto aos relatos acima, tem uma série de direções a serem tomadas, a notícia no jornal, o suicídio do senhor Tomás e como essas situações estavam presentes na vida dela. E como numa leitura que faço, o sofrimento era constante – porém não inibidor suficiente para sua fala, seus registros. Os sofrimentos de Carolina são uma forma de apresentar a possibilidade de conversar sobre o tema, sem deixar de compreender Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) e seus resultados. Os suicídios nos jornais e senhor Tomás tiveram espaço no diário dela, cujo qual foi possível ver o registro de sua tristeza, sua coragem e sua revolta – e com estas convido a leitura do próximo tópico.

5.2 A EMBUSTEIRA CENTRALIDADE NO DIAGNÓSTICO: SEM FALSAS ESPERANÇAS, PRIMEIROS DIÁLOGOS SOBRE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Sofrer, ou a dor de existir como chama Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (2018), tem consonância com a modernidade ainda vivenciada: sofrer não teria que ter relação com produtividade, e tudo que a cerca, o bom humor deveria ser normalizado e há um imperativo da saúde. O utilitarismo e o consumismo reprimem expressões de sofrimento, este havendo vários tipos. Independentemente, a ciência continua prometendo felicidade e a sociedade reivindica a sedação da dor – já que esta, em tese, prejudicaria sua manutenção atual. Mesmo diante desse viver social, o sofrimento exposto não é impossível, seja enquanto experiência individual ou coletiva. Aqui tento contribuir de como o contra-colonial pode abrir mais portas para a entrada de narrativas ou outras expressões do sofrimento ou como ainda podem ser como lanternas epistemológicas quanto ao sofrimento, já que temos subsídios para observar essa modernidade com nossas óticas.

O fluxo intermitente de informações globalizantes abre espaços e cunham possibilidades para condutas com denominações incorporadas de tratamentos e medicalizações. Não são pequenos em suas vastidões pelo mundo os espelhos por saberes hegemônicos erguidos sobre nós indo de encontro a quem desejamos ser. Significados, nesse processo global, estão também com profissionais de saúde - inseridos numa normatização de afetos pela qual a individualização e a medicalização tornam-se elementos inerentes e não complementares. Num sentido de reação a isso, uma das reflexões é como profissionais atuantes em serviços públicos

de saúde podem advogar por um leque interpretativo, indo de questões políticas, culturais e sociais dentro de um quadro de silenciamento destas (AMORIM; RIZZI 2017).

Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (2018) aponta novamente a modernidade como composta por uma técnica desenvolvida contemporaneamente como produtora de sentimentos de desamparo e sem perspectivas de futuro. A vida, em si, vem ofertando para as pessoas cada vez mais um pensamento calculante e técnico dos quais emergem uma desconsideração à própria vida, a direcionado para a exploração. A modernidade, dessa forma, construiu uma técnica de viver com consequências ao sofrimento humano: embora dor e desamparo, para a autora são marcas humanas, o pensamento moderno, edificado ao longo do século XX, com características como o descarte trouxe novas roupagens. As próprias cidades hoje seriam organizadas politicamente e socialmente para a fragilização de vínculos, prejudicando ainda o viver em comunidade.

Do ponto de vista decolonial, a globalização importou o modelo biomédico com características que universalizavam o sofrimento. Uma submissão autoritária está na ideia de cérebros universais produzindo desarranjos também universais produtores de doenças mentais. A despolitização do sofrimento necessariamente se finca, com dimensões culturais retiradas do plano do conhecimento, o que trouxe aberturas para as relações entre tecnologias farmacêuticas e sofrimentos. E, além disso, o que temos como patológicos e saudáveis são modelos de normalidade de culturas hegemônicas (MARQUES, 2020). A compreensão da colonialidade me fornece o posicionamento de entender como ações patologizantes estão dentro arquétipos coloniais de saúde e doença

Um quadro de visualização dos processos de diferenciação de composição racializada é o que tem o pilar da acumulação capitalista europeia e o dos territórios sob domínio colonial. Todavia, as relações capitalistas em fronteiras não europeias devem ser vistas de modo mais vasto, como através do sulfúrico humanismo do renascimento e do posterior iluminismo marcados por uma afirmação de liberdade para parte de uma essência humana (e aqui não deixo de pensar como as referências utilizadas por Maria Cláudia da Cruz Pires, e suas análises, acumulam cargas quanto a isso, especialmente sobre mulheres e homens). Humanismos e liberdades enquanto pura ficção, já que a escravidão colonial se alastrava enquanto europeus edificavam dimensões típicas da modernidade. A ciência entrou neste teatro quando o racismo de cunho científico esteve presente para interesses correspondentes aos próprios contornos territoriais europeus (FAUSTINO, 2019).

Na passagem do dia 14 de junho de 1958 do Quarto de Despejo: “Quero ver como é que eu vou morrer. Ninguém deve alimentar a ideia de suicídio. Mas hoje em dia os que vivem até chegar a hora da morte, é um herói. Porque quem não é forte desanima.” (JESUS, 2014, p. 61).

Assim como no dia 21 de junho de 1958, dentre outros assuntos, ela nos diz “Quando eu fiquei doente eu andava até querendo suicidar por falta de recursos” (Ibidem, p. 67). O sofrimento, ao menos narrado nestes trechos, demonstra uma associação direta e explícita com a pobreza, a fome e a omissão do Estado. Carolina Maria de Jesus ainda complementa chamando de “herói” quem ainda sobrevive ao São Paulo da época. Embora continuasse sobrevivendo, ela não deixa de expressar o sofrimento e analisá-lo de forma coletiva e situada.

Quando falamos de desigualdades econômicas, podemos nos lembrar de Carolina Maria de Jesus e como a fome foi um assunto predominante no seu diário. É imersivo quando a mesma inicia sua luta diária por comida para seus filhos e para si. A questão é como ela coloca seu sofrimento demarcado dentro da cidade. Neste caso, São Paulo seria uma sala para receber visitas e uma elite ocupa a mesma transitando numa estrutura colonial. O quarto de despejo seriam as favelas. Aqui não posso deixar de destacar como o passado escravocrata mostra-se à Carolina e como haviam (e há) grupos que se impulsionam através dele (SPAREMBERGER; OLIVEIRA, 2020). Deixo abaixo um trecho que para mim soa como vozes de um tempo não linear:

Em 11 de agosto de 1958:

...Eu estava pagando o sapateiro e conversando com um preto que estava lendo um jornal. Ele estava revoltado com um guarda civil que espancou um preto e amarrou numa árvore. O guarda civil é branco. E há certos brancos que transforma preto em bode expiatório. Quem sabe se guarda civil ignora que já foi extinta a escravidão e ainda estamos no regime da chibata? [...] (JESUS, 2014, p. 108)

Anáisa Ribeiro Amorim e Fernanda Nogueira Campos Rizzi (2017), também considerando contextos brasileiros, tecem suas considerações sobre como práticas patologizantes mantêm lógicas manicomialistas históricas: antes tínhamos (ainda temos) muros de internamentos, hoje a patologização cria muros invisíveis; Mesmo com a Reforma Psiquiátrica há a presença de grupos classificados patologicamente podendo ser colocados à margem de uma sociedade em overdose de discursos e práticas atribuídas à ‘normalidade’ – parâmetro versátil historicamente. Os muros sociais mediante os quais as pessoas classificadas vão, por outras vias, controlando as pessoas através do Estado. Anáisa Ribeiro Amorim e Fernanda Nogueira Campos Rizzi defendem que aspectos políticos, econômicos, históricos e culturais devem ser considerados na visualização desse cenário.

Já diz Byung-Chul Han, “O muro sempre vem associado com a morte”. (2017, p. 61). Anáisa Ribeiro Amorim e Fernanda Nogueira Campos Rizzi (2017), dentro dos seus objetivos de estudo, afirmam como esses muros patologizantes tem mais facilidades para, de dentro de seus domínios, poderem levar pessoas – novamente entendo a impossibilidade de abranger esse debate a todas – para exclusões, deslegitimação e categorizações. Uma vez tolhidas a autonomia e a liberdade, o capitalismo, representado por exemplo pela indústria farmacêutica, passa a ter uma especificidade mais parasítica na vida de pessoas, estas agora objetificadas. A menção que não podemos esquecer é como práticas e discursos patologizantes, tal como a indústria farmacêutica, são sim defendidos por emissores plurais na sociedade embasados por vezes também por academicismo.

No que diz respeito à modernidade, para Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (2018), a mesma provocou no transcorrer do século XX uma universalização de relações desenvolvidas só enquanto técnicas, ou como uma razão calculante domesticadora em prol de progresso que engole seres humanos. Ademais, avanços biopolíticos e tecnológicos mensuram modos de expressar o sofrimento. A dor da existência esteve presente na humanidade, ao menos dentro das vivências dos ideários civilizatórios, na minha compreensão de Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto. Qual a especificidade ascendeu? A de nós reprimimos nossas reflexões sobre a morte e “[...] uma verdadeira intolerância a tudo que não expresse felicidade, estabilidade, sucesso e que escape da previsão e do controle” (2018, p. 22).

Sobre o consumismo, num sentido amplo cujo abarca ser humano nessa sociedade, Byung-Chul Han (2017) menciona o hiperconsumo e enfatiza a transformação de vínculos, por exemplo, como cada vez mais obsoletos na lógica hegemônica e diz que há uma grande lógica comercial que nos cerca com utilidades e validades se reduzindo no tempo: “Essa lógica de mercadorias não se distingue muito de um manicômio” (p. 127). Viveríamos num mundo de positivities e um exemplo de excessos contemporâneos de positividade está no desorganizado e demasiado mergulho em estímulos, impulsos e informações. De acordo com Byung-Chul Han, retrocedemos nas dimensões de informação e de trabalho, as quais estamos nos afogando na ‘multitarefa’ - esta hoje presente nos mais variados espaços, incluindo domésticos e acadêmicos. De forma gradual, fomos atiradas/os sem consentimento prévio numa sociedade sem aprofundamentos contemplativos, sem imersões aprofundadas, sem necessários tédios e o que mais se salta a observação: as multitarefas vem acompanhadas de uma sorumbática vigilância e, nos ambientes de trabalho, e isso vem contribuindo para assédio moral.

Em vista de possibilitar uma orientação histórica, mesmo que seja europeia e a utilizamos por estar em consonância em situar historicamente sofrimento psíquico, aqui não é demais dizer que os primeiros discursos da medicina moderna contribuíram para um processo em que a individualidade deu seus primeiros passos com médicos considerando condutas individuais como objetos de discussão, era necessário regular condutas. Tomemos como exemplo a própria contemporaneidade e o imperativo (esta palavra é bem adequada) do viver saudável. O sofrimento, nesses discursos e práticas, tinha que ser combatido, não compreensível do ponto de vista social e/ou existencial, mas como se fosse incoerente a uma modernidade em abstinência de saúde. Tal como a morte, a localização para intervenção sobre o sofrimento estava no corpo universal, símbolo de um sentido de uma humanidade construída (FURTADO, 2014).

A narrativização foi perdida pela modernidade e com isso as características de transitoriedade, principalmente no trabalho: com ausência de duração e subsistência. Trabalhamos sob terrenos incertos. Há lacunas de narrativas de morte e a manutenção da saúde torna-se um imperativo. As lógicas do trabalho, numa sociedade do desempenho, abraçam sem consentimento outras dimensões da vida, nos tornamos assim reprodutores de coerções como a exploração si, a apatia ou depressivos ou ainda Burnout. Aqui vale a explicação breve, porém pertinente de Thaís Lorena Barbosa de França et al. (2014) sobre Síndrome de Burnout, ela defende como tendo “[..] três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição de produtividade profissional, as quais implicam em consequências físicas, psíquicas e sociais, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo e do trabalho.” (2014, p. 3540). Não é difícil ao meu ver de atentar para essas características dentro desse cenário estrangulador.

A vida contemplativa proposta por Byung-Chul Han (2017) não é uma vida passiva, são formas de ver, pensar e falar para e no mundo com resistência a movimentos opressivos. Exceções, ou estados de exceções, como a ira, seriam experiências que enfrentam estados de normalidade totalitários, segundo os quais sentimentos como angústia e o luto são tidos como sentimentos ruins exatamente pelo excesso de “sim” ou de positividade. Byung-Chul Han coloca a experiência da negatividade como uma potência do “não”, da reflexão em vez de continuar pensando, do “não fazer” por estar composto de “não pare”. A negatividade não comunga com excessos e maximização de desempenhos adoecedores, tal como modelos de vida de exacerbação de positividade

Já o que fica de Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (2018) para mim é sua apurada observação da modernidade. E mesmo que ela destine suas considerações para área da psicologia, suas análises abrem espaços para considerações contra-coloniais, como a crítica que a mesma faz a como o progresso ainda é um fim buscado socialmente e que há uma técnica moderna que clama por felicidade para esse ideário de progresso supostamente funcionar. A saúde torna-se algo essencial na nossa contemporaneidade e quando ela diz para colegas psicólogos/os para se afastarem de conhecimentos científicos baseados na mensuração, quantificação e objetividade me faz interpretar como o conhecimento sobre sofrimento pode ser ampliado face a questionamentos diversos.

Como enfatiza Mariama Augusto Furtado (2014), nesta modernidade repousou uma medicina que visualizo como detentora de um projeto epistemológico a longo prazo com um olhar refinado para um prolongamento da vida via eliminação de doenças e uma perspectiva curativista. Morte também foi reelaborada de modo instrumental do qual o corpo era unicamente composto por funções e biológicas, ganhando um status de verdade sobre as doenças em decorrência do ensino médico com cadáveres. Nesse quadro, no que concerne a morte: “O projeto moderno tirou o caráter social e simbólico da morte quando a submeteu às leis biomédicas, ao lhe conferir a imunidade da ciência, ao colocá-la como autônoma e como uma fatalidade individual” (2014, p. 64). Se de um lado tivemos a biologização do morrer, nasce uma dicotomia entre vida e morte, cuja qual a primeira tinha um valor soberano. Com a aurora da tétrica corrida médica pela intervenção sobre o sofrimento, a humanidade foi se afastando de ter como pautas assuntos inerentes a sua existência (acrescento como ignorar o ‘*Memento mori*’ (lembra-te que morrerás)).

Nossa presença constante no mundo e com ele inúmeras afetações devem ser levadas em consideração por atravessar nossos modos de ser e nossos corpos. O que faz a patologização contemporânea? A palavra em si é oriunda – não negando a existência de outras conceituações - de uma ideia de passividade e igualmente sofrimento. Quando se patologiza, a associação de anomalias para comportamentos humanos tem seu início. Se desmoraliza, torna-se objeto e isso acrescido de um contexto de demasiadas patologizações reduzem as pessoas aquilo que foram classificadas. A dicotomia saúde x doença leva a quem é tido como saudável como aquela pessoa com oportunidades de atender normativas de contextos, já indivíduos patologizados, dentre outros lúgubres processos, está a individualização gerando assujeitamento; dicotomia com uma negação das apertadas relações entre saúde e doença vinda de uma racionalidade ocidental (AMORIM; RIZZI 2017).

Uma distância cresce das colocações de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010), uma vez que a autora fala com propriedade sobre fatores de risco, dentro de sua área do saber, entretanto quantifica e desemboca na utilização de um instrumento que coloca a experiência de tentar matar dentro de categorias pré-estabelecidas internacionalmente. Sim, Maria Cláudia da Cruz Pires encaminhou à rede de saúde adequada. O que coloco é como aqueles casos representaram boas análises e uma utilização patologizante. Não sabemos as trajetórias dos encaminhamentos, todavia sabemos o que mais de 90% das pessoas levaram: principalmente um ou mais diagnósticos. A discussão sobre morte de Mariama Augusto Furtado (2014) parece comungar com uma sociedade preocupada com o assunto, da mesma forma que também Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto (2018) com numa mesma sociedade que torna felicidade algo indiscutível.

Franco Basaglia (1985), no que lhe tange, tem análises enraizadas em compreensões sociais entre as pessoas que têm o poder e as que não, ou seja, numa dualidade, bem como é dialético nas suas análises. Suas considerações aqui, contudo, arvoram múltiplas possibilidades pela ótica microscópica de contextos e situações manicomiais que ele nos oferece. Da mesma forma que ele identifica uma divisão radical entre quem tem e quem não tem no sentido de poder, ele coloca essa mesma separação entre quem é são e quem é doente. A sociedade da violência que acredita precisou esconder suas fúnebres facetas através do tecnicismo de profissionais como a psiquiatria e a estes coube a função de tornar ‘objeto’ pessoas as quais únicas realidades que deveriam vivenciar era a violência. Os relatos de manicômio são de pessoas que sobrevivem com uma faca técnica e institucional apontada para si todo o tempo, diariamente. Isso não é um passado, sobretudo porque o próprio Franco Basaglia delimita que o encontro do médico com o paciente é um encontro pelo qual o corpo será um objeto.

Outrossim, Mariama Augusto Furtado (2014) contribui ao falar de linguagem. O espelho da linguagem médica é uma imposição política solidificada ao longo do século XX. Todavia, termos médicos são acolhidos por sociedades e os maiores modelos disso são como diversos diagnósticos psiquiátricos fazem parte de conversas e discursos (quantas vezes não usamos a palavra ‘depressão’ como algo já comum, por exemplo). Esta específica linguagem tem intromissão em questões jurídicas, assumem um valor supremo e tem uma suposta noção universal de saúde como prioridade. Essas afirmações não são uma crítica, mas uma apresentação baseada em Mariama Augusto Furtado de como a medicina, e a psiquiatria, tem um espaço social de estabelecer uma ordem não somente social, mas também psíquica. Todo o discurso que hoje usamos, mas pouco sabemos, é ideológico.

A questão é que até mesmo ‘problemas’ como solidão tem espaço nesses discursos – lembrando que da sua suposta ‘universalização’ – e com isso medicações e categorias psiquiátricas tornam-se mais possíveis com a difusão das informações. Palavras apenas? Sim, o que trago é uma compreensão dos panos de fundo das palavras. E o sofrimento nesse diálogo sobre linguagem? Anestesia é um dos caminhos: “Trata-se, verdadeiramente, de um modo de anestesiá-la dor de viver, e conseqüentemente, de um modo de regulação social.” (FURTADO, 2014, p. 77).

Peço licença para tomar como parâmetros as produções que li e analisei. As duas dissertações escritas por psiquiatras, diferente da tese de uma Terapeuta Ocupacional, possuem uma linguagem que não tinham, ao meu ver, uma preocupação com uma linguagem acessível a outras categorias que não fosse a psiquiatria. Escritas objetivas, informações sem prévio esclarecimento e o uso da quantificação. Acredito, por outro lado, que é coerente com o modo canônico de fazer ciência e questiono caso os temas despertem interesses por outros públicos. Nessas duas produções foram conversas de psiquiatras para psiquiatras.

Baseado na concepção médica biologizante da vida apresentada por Mariama Augusto Furtado (2014) acredito que um lampejo sobre corpo e sofrimento psíquico torna-se necessário, já que temos o sofrimento ainda visto hegemonicamente como uma realidade corporal e biológica, o que retira e não dialoga com o social. Do ponto vista histórico, o discurso da medicina não está localizado unicamente em países europeus (embora daí foram se desenvolvendo enquanto medicinas hegemônicas), ele se universalizou e a noção de corpo como meramente contendo funções biológicas automáticas fincaram-se: quem tenta orienta-se por camadas ou desigualdades sociais que marcam este mesmo corpo tinham um árduo trabalho. Penso em como podemos ter um cenário no qual racismo e transfobia, por exemplo, podem ter pouco ou nenhum destaque no cuidado em sofrimento, se antes não houver uma intervenção teórica na farsesca concepção de corpo universal.

Segundo Anaísa Ribeiro Amorim e Fernanda Nogueira Campos Rizzi (2017), uma ordem vigente precisa ser mantida e verdades sobre subjetividade se fazem necessárias em contextos patologizantes. Há saberes em diferentes áreas de atuação na saúde mental ainda com ressonâncias de controle – embora aqui nossa lupa procura o papel da psiquiatria – com necessidade de constantes revisitas. O ato de patologizar, no que lhe toca, é um desequilíbrio de poder que ainda hegemonicamente exige a obediência para que a/o psiquiatra atenda não tão-somente questões que a sociedade demarca para sua categoria profissional, como da própria

pessoa: “A obediência é solicitada por uma verdade imposta: deverás padecer de seu sofrimento até que cures com meu conhecimento!” (2017, p. 232)

Na interpretação de Mariama Augusto Furtado (2014), ao se referir ao termo medicalização, o amplia para evitar sentidos comuns e estabelecer que é ainda uma forma de normalizar comportamentos - fundamentada, por sua vez, em higienizações. O parâmetro normal e patológico torna-se um tronco no qual frutas que não sejam ‘normais’ são higienizadas. A patologização é oriunda da medicalização. Nós somos higienizadas/os em prol de uma saúde quase utópica.. A política não está distante disso tendo em vista como grupos populações são observados. Não obstante, não devemos esquecer que ainda temos um saber psiquiátrico que propaga ‘verdades’ fechadas e protegidas por altos muros epistemológicos quanto a assuntos como infâncias, trabalho e sexualidades (acrescento a visão colocada em Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) quanto ao convívio conjugal). Aqui enfatizo mais uma vez que não nego a ciência da psiquiatria, apenas questiono os muros. E medicalização ser algo político tempera mais a validade do discurso psiquiátrico.

O enfrentamento a ordens sociais vigentes correlatas aos processos de adoecimento é compreender que reformas em leis psiquiátricas não devem centralizar esforços unicamente em relações, sistemas e regras, e sim adentrar nas sociedades, terem possibilidades críticas de aprofundamento e prolongar os efeitos de reformas. Quando uma ordem socioeconômica não tem fundamentos para oportunizar novos panoramas de trabalho, por exemplo, para pessoas ainda não adoecidas, será um problema ainda maior para outros oriundas de manicômios. As instituições manicomial são a exemplificação de como é tratado quem a sociedade teme, não entende e não quer, não somente são os espaços das doenças, mas de pessoas tidas como doentes. Eis que temos a psiquiatria tradicional nesse contexto forjando práticas profissionais, valores e hierarquias pelos quais se cristalizou as formas de manicômios, exigindo que críticos psiquiatras, com posições opostas às violências germinadas desses ambientes, tivessem que arriscar seus papéis para construir ou contribuir com desmantelamentos de posições verticais e novas realidades (BASAGLIA, 1985).

Em termos que considera subjetivos, Deivison Faustino (2019) nos diz que não houve um rompimento radical com a escravidão, fazendo com que feridas políticas, sociais e jurídicas permaneçam – cujas quais direciono como é fundamental que os serviços públicos de Saúde Mental e profissionais estejam cada vez mais em atenção para a sociedade em que atuam do ponto de vista histórico. O autor alerta das lacunas de maiores críticas e reflexões quanto a simbólicas implicações de séculos de escravidão. Mesmo as grandes transformações históricas

não coadunam com grandes e necessários rompimentos que favoreciam classes em vulnerabilidades sociais atravessadas pelo tempo. O fim do trabalho escravo não foi não foi total por manutenção de ordem escravocrata do ponto vista material e simbólico.

Neste viés, o sofrimento psíquico não deve ser acolhido ou compreendido com sua lógica reducionista de supostas disfunções neurobioquímicas, assim como práticas de atendimento ou de cuidado que não podem se limitar a promover entrada e saída de espaços sociais. Isto porque já há uma precarização em diversos âmbitos sociais, como o trabalho – local este que podemos visualizar, inclusive através de nossas próprias experiências, como de vigilância e de controle. O sofrimento psíquico e/ou os transtornos mentais foram usurpados pelo espaço do hospital marcados pelas violências mais escancaradas como o isolamento e a negação à liberdade. Isto posto, práticas em Saúde Mental, com uma base Legal da Reforma Psiquiátrica, funda novas formas de atuar profissionalmente, uma vez que o ideal é estarmos junto das pessoas na produção de cuidados e não ofertando serviços de saúde de modo vertical. (YASUI, 2015).

Esse diálogo sobre liberdade é crucial para a compreensão de que o fechamento gradual de hospitais psiquiátricos – espaços que interpreto como coloniais – teve que ser urgente. Contudo, nos demonstra Franco Basaglia (2005), as exclusões têm maiores camadas que podemos pensar. Uma vez posto em isolamento, as pessoas em manicômios, na maioria das vezes, conseguiam ver nas construções médicas-psiquiátricas novas formas de se observarem e suas identidades: o discurso médico encerrava suas falas. Cada ato parece ser um exemplo para o psiquiatra da manifestação da ‘doença’, encerrando, portanto, a ideia do ‘Outro’. O que vejo é um processo longo de exclusões sociais de pessoas tidas como não adequadas a realidades que estavam sendo fundadas (e aqui penso no papel das formações das cidades dentro dos ideários modernos e como pessoas em sofrimento em hipótese não teriam consonância).

Das leituras que fiz buscando respostas, encontrei apresentações de possibilidades, de horizontes que não teremos certezas fechadas se chegaremos. Silvio Yasui (2015), por exemplo, nos aponta para uma sociedade brasileira com dúvidas quanto a autonomia de pessoas com questões em Saúde Mental e no seu papel de fazer parte das redes de cuidados (nesta ocasião deixo meu posicionamento que não desconsidero que há pessoas com dificuldades nesse sentido, embora ainda defenda que não podemos ser consideradas/os ‘objetos’ de nenhuma área do conhecimento). Além disso, o autor defende que capacidades inventivas são múltiplas e o reposicionamento proporcionado legalmente pela Reforma Psiquiátrica pode ser visto como uma aposta também política na força coletiva. Nesse panorama, território e sofrimento psíquico

tem uma intrínseca relação possibilitando que este mesmo sofrimento tenha ofertas de cuidado que o veja como complexo suficiente, com diversas dimensões e com incontáveis formas de viver neste território.

Isabela Marques (2020) deixa um alerta, todavia, já que o conhecimento da psiquiatria é uma afirmação de hegemonia com constituição colonial quando difunde racionalidades supostamente aplicáveis, assim como suas práticas, mundialmente. A psiquiatria se fosse localizada culturalmente, como demarca Isabela Marques, é uma prática terapêutica com origens contextualizadas no norte global, com violências explícitas como o Hospital Psiquiátrico ou violências veladas. Dessa maneira, não há certezas quanto a suas propostas especialmente quando localidades, múltiplos movimentos e redes interpessoais não são considerados. No âmbito da pesquisa, as indústrias farmacêuticas investem e seu comparecimento no campo da Saúde Mental faz com que medicações suas com efeitos danosos não tenham destaque em debates públicos, impedindo que a veracidade quanto a essa indústria possa ser amplamente questionada. Esse movimento colonial faz com que o modelo de Saúde Mental público aqui tenha dificuldades em escapar do soturno dueto: indústria farmacêutica e psiquiatria – me refiro a como se expressam e trabalham hegemonicamente. Como defende Silvio Yasui (2015), esse movimento não pode ser esquecido, uma vez que não está à espreita e sim ainda presente de outras formas.

Outro alerta se faz crucial. Não desconsiderando outras interpretações, observo como esse ser humano genérico o qual - mesmo nas visões binárias de homem e mulher, se cria também uma generalidade - interpreto como presente em Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) e, assim, posso recorrer a análise de colonialismo de Deivison Faustino (2019). Para ele, a construção dessa humanidade genérica e supostamente neutra não permitiu o reconhecimento da pessoa negra e ao mesmo tempo imagens naturalistas foram se erguendo com viés estigmatizantes. Racismo na concepção do autor é estigmatizações, inferioridades e também estranhamentos, ocasionado que a humanidade genérica não o reconheça, tão pouco em sua humanidade singular. Não obstante, o racismo é político e interfere na ainda insuficiente ocupação de autorias negras na produção de conhecimento, incluindo para profissionais no âmbito da Saúde Mental. Mais lacunas podem ser observadas em entender o sofrimento psíquico tendo nas suas características, nos seus silêncios e nos seus gritos as desigualdades sociais e por isso é necessário se atentar às concretas determinações históricas. Estamos no Brasil ainda de modernidade capitalista e racializada. O racismo, para Deivison Faustino, é ainda uma ideologia que gera violência sistêmica pela qual sofrimentos psíquicos devem ser

acolhidos por serviços de saúde, trata-se de algo que produz efeitos concretos no tecido social. É necessário encarar o Brasil colonial que estamos, com maioria da população negra, para pensarmos práticas que não reproduzam lógicas coloniais que afetam sobretudo o povo negro: “Se os dispositivos de cuidado, em suas mais diversas abordagens, não estão atentos a essa realidade, correm o risco de configurar-se, tanto pelas ações quanto pela omissão, em uma segunda experiência violência e negação”. (FAUSTINO, 2019. p. 93).

Carolina Maria de Jesus (2014) no dia 24 de julho de 1958 nos diz: “Como é horrível levantar de manhã e não ter nada para comer. Pensei até em suicidar. Eu suicidando-me é por deficiência de alimentação no estomago. E por infelicidade eu amanheci com fome.” (p. 99). Para Raquel Fabiana Lopes Sparemberger e Flavia Dall Agnol de Oliveira (2020), Carolina Maria de Jesus teve a vida determinada pelo peso das estruturas coloniais presentes na sua época – e penso como isto esteve presente nos relatos de sofrimento dentro de seus marcadores sociais. Ela, não obstante, proporcionou uma resistência ao analisar criticamente seu lugar imposto de forma colonial e hoje é uma forma de os feminismos pensarem na intersecção de opressões, como a de raça, a de classe e a de gênero. Além disso, destaco como Carolina nos provoca com seus relatos no que concerne ao sofrimento e suas considerações sobre a cidade e a política. Ela nos aponta com seu diário para seu lócus de enunciação, nos permitindo mais aprofundamento e rompendo com lógicas biologizantes.

Mais de meio século depois de Carolina Maria de Jesus escrever seu diário, o conservadorismo, para completar e não apenas da psiquiatria, tem ressonâncias nos serviços públicos de saúde quando temos gestões que reproduzem práticas manicomialis (de forma habitual) que podemos dizer, dessa forma, que princípios sejam do SUS ou da Reforma Psiquiátrica estão longe de serem implementados e aceitos por todos/as profissionais. Sim, de um lado temos profissionais que não acreditam e defendem a separação teoria e prática, do outro temos os próprios nuances do trabalho, criando obstáculos para quem trabalha e quem reivindica cuidado. Não podemos tirar de cena a precarização do trabalho de profissionais de saúde, a rigidez nos processos de trabalhos a qual tem que ser obedecidas e como serviços de saúde podem ser organizados. O cotidiano é naturalizado, ações se centram na ‘doença’ e profissionais vedados em poder decidir e agir de modo mais amplo. Quanto ao sofrimento psíquico, tanto em posturas conservadoras, como nos suplícios processos de trabalho, a/o usuária/o pode enfrentar assujeitamentos e contribuição para a patologização (YASUI, 2015).

Não é demais esquecer como o sofrimento psíquico pode atingir quem esteve em lóbbegos hospitalares psiquiátricos. Para isso, Franco Basaglia (2005) pode nos dar alicerces. Para ele, unicamente o processo de institucionalização marca com ferro em brasa uma pessoa, o deixando sim no isolamento e sim também numa espécie de tempo sempre vivenciado de forma ‘presente’. Nada mais são estas do que a ‘doença’: se subtrai o ‘eu’ por um ‘eu doente’. O passado teria que ser abandonado e o futuro é incerto (sim, você que me lê pode dizer que o seu também, mas o de nós é como um caminhar sedado no qual nunca temos certeza de como o ‘eu doente’ aparecerá, ou ainda como ter uma parasítica esperança de nos ‘adequarmos’ surgirá: com um abraço e/ou uma escarrada na cara – peço licença para interpretar assim). Isto porque as possibilidades, com a institucionalização, estão na objetificação, somos ‘objetos’.

Jair Lício Ferreira Santos e Marcia Faria Westphal (1999) nos apontam, mesmo se referindo a prática médica, para paradigmas não difíceis de serem relacionados à Saúde Mental. Além de paradigmas como o mecanismo e a unicausalidade orientando ainda grande número de práticas, o biologicismo demarca que ‘doenças’ sempre têm suas curas dentro do biológico. Jair Lício Ferreira Santos e Marcia Faria Westphal não deixam de criticar como o individualismo, cujo qual coloca venda nos olhos para questões históricas, sociais e até ambientais. O que me posiciono como mais pernicioso é o paradigma curativista, já que parte do problemático pressuposto de saúde ser a ausência de ‘doença’ e pelo quando ações médicas e diagnósticos são observados como uma busca por uma cura. Exercitando o curativista na Saúde Mental nasce para mim o silenciamento de desigualdades, um foco na ‘doença’ e um horizonte é apresentado: o da cura. Sobre sofrimento psíquico, pensar no paradigma curativista, parece estar na parada esperando um ônibus que nunca passará; enquanto outros passam sem o mesmo trajeto médico curativista: podendo ofertar cuidados diversos, composto por passageiros múltiplos e interdisciplinares. Observo que a expressão do curativista para nossos sofrimentos é ofertar uma esperança que sabemos ser uma farsa.

Franco Basaglia (2005) nos apresenta suas experiências enquanto psiquiatra e como observava ex-internos demarcando ainda a presença do que chama de artifícios manicomial. As pessoas saídas do hospital andavam nas ruas em apatia, cabeças baixas, sem motivação e rumo e outras expressando agressividade. Para Franco Basaglia, a ‘doença’ já havia sido imposta e o manicômio tinha fechado as portas para elas/es do ponto de vista físico. Esses exemplos trazidos apresentam uma realidade do manicômio que atravessa as estruturas físicas deste, pois o sofrimento permanece. Compreendi que esses espaços, uma vez não estando neles, continuam sendo como objetos cortantes que cortam nossos corpos sem consentimento.

Acredito que os manicômios não são definitivamente apenas estruturas físicas e com isso podemos ver suas presenças em práticas, cidades, psicoativos, serviços de saúde dentre outros. Carolina Maria de Jesus tem espaço nessa discussão.

A voz de Carolina parece ser como uma contribuição como espécie de importante peça de um quebra cabeça o qual está longe de ser montado. Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) defende que a maioria dos casos pode ter sido “cry for help” - cenário cujo qual a psiquiatria considera como não ‘autêntico’ desejo de morrer. Perto do final da sua dissertação, ela enfatiza que mais estudos são necessários, principalmente prospectivos, para aprofundamentos. O que trago aqui são contribuições de outro esteio, de outras paisagens, do outro lado do rio (ou de uma terceira margem do rio) e por isso as narrativas de Carolina são relevantes: estas mostrando que um assunto com tantos nuances pode ser acolhido de múltiplas maneiras, e aqui com enfoque no sofrimento psíquico e não numa patologização como fim ou encerramento de uma discussão.

No dia 16 de junho de 1959:

Hoje não temos nada para comer. Queria convidar os filhos para suicidar-nos. Desisti. Olhei meus filhos e fiquei com dó. Eles estão cheios de vida. Quem vive, precisa comer. Fiquei nervosa, pensando: será que Deus esqueceu-me? Será que ele ficou de mal comigo? (JESUS, 2014, p. 174)

Raquel Fabiana Lopes Sparemberger e Flavia Dall Agnol de Oliveira (2020) defendem que relatos como estes de Carolina, obtidos com um diário, desnudam aparatos políticos ditos como neutros. Compreendendo ‘Quarto de Despejo’ de modo decolonial, a obra põe relevo a voz de uma mulher dentro de uma sociedade que tende a esquecer e silenciar pessoas dentro dos panoramas sociais em que ela se encontrava. Quando a voz tem espaço, visibilidade, a realidade vem à tona. Como dito, Carolina não esteve aqui para nos ilustrar, mas sim, e também contribuindo para os feminismos contra-coloniais, para mostrar também como o tema de suicídio de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) está também em desigualdades edificadas com o colonialismo. São saberes subalternos, de denúncias sociais e com opressões múltiplas. Uma voz do sofrimento, das desigualdades.

6 ENQUANTO ALGUNS MANICÔMIOS FECHAM, OUTROS ABREM AO NOSSO REDOR: ESPAÇOS E DESIGUALDADES HISTÓRICAS ENQUANTO SOFRIMENTO PSÍQUICO

Nosso ponto então de partida pode ser uma percepção de Lima Barreto sobre um médico no dia 04 de janeiro de 1920 quando estava internado no Hospital Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro:

Ele me parece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério – que mistério! – que há na especialidade que professa (BARRETO, 2017, p. 37).

Internado no final de 1919, Lima Barreto demonstra ao longo de seus relatos manejo para escrever dentro de uma instituição dessa estirpe, tanto no que lhe toca, ou seja, no que foi construído para sua internação, tanto usando uma linguagem sem véus, mantendo uma moderação, sem deixar de mergulhar na profunda imundice do rio que era estar naquele lugar, erguendo assim análises críticas sobre o que observava como, por exemplo, sobre a polícia da época. O escritor estava vivenciando uma geração pós-abolição, enfrentando lugares carcerários e instituições asilares (BOSI, 2017 apud BARRETO, 2017, p. 7-9). Lima Barreto pode ser aqui visto como uma das pessoas que compõem esta dissertação, nos lembrando de uma história que ainda bate em nossas portas ou sedam.

6.1 UMA PERSPECTIVA SOBRE VIVÊNCIAS EM UNIVERSIDADES: A UFPE TAMBÉM ADOCE

Carolina Maciel Fiamoncini (2020) vai nos conduzindo gradualmente através de suas discussões a UFPE (local de estudo, sendo o campus da cidade do Recife). A primeira fase foi o estudo transversal com dimensão observacional e analítica. A autora defende este momento como único, com brevidade de tempo e medições são estabelecidas, possibilitando, então, que variáveis sejam descritas. A segunda fase ela denomina de um estudo de caráter comparativo com modelo de risco a ser elaborado. Segundo Carolina Maciel Fiamoncini, a amostra foi analisada pela segunda vez, colocada de forma comparativa em dois grupos. Razões de risco foram observadas em cada em grupo e variáveis com relevância para pesquisa foram postas num “[...] modelo de regressão logística para a estimativa de probabilidade da variável de

desfecho.” (2020, p.31). Com a utilização do EPI-INFO e se baseando em proporcionalidades para: confiabilidade, erro e prevalência de suicídio em jovens acima dos 14. Depois de um cálculo matemático chegou-se a uma amostra de 505 discentes e depois de um acréscimo de 20% para possíveis perdas, a amostra foi de 609: 280 da área da saúde; 329 de humanas. Além dos dados de matrícula, a Proacad (Pró-Reitoria de Assuntos Acadêmicos) forneceu o número por cursos, o que leva Carolina Maciel Fiamoncini (2020) a fazer duas tabelas de números e proporção, uma das para discentes de humanas e outra para as de saúde. Segue abaixo os detalhes do trecho matemático para se chegar a amostra e os correspondentes números para cada curso divididos por áreas do conhecimento:

Figura III: Cálculo Amostral e Amostra do Estudo de Carolina Maciel Fiamoncini (2020)

O tamanho da amostra foi calculado a partir dos dados fornecidos pela Pró-Reitoria de Assuntos Acadêmicos (Proacad). Segundo a Proacad da UFPE (2019), relativo ao primeiro semestre de 2016, havia 30.678 alunos matriculados nos cursos de graduação referentes aos 10 centros do Campus Recife.

O programa EPI-INFO versão 6.04 para DOS foi escolhido para determinar o tamanho da amostra em cada grupo de pesquisa. Foram utilizados erro de 3,0%, confiabilidade de 95% e proporção esperada de 14,0% de prevalência de ideação suicida em jovens com idade igual ou superior a 14 anos (SILVA *et al.*, 2014);

Fórmula para o cálculo da amostra:

$$m = \frac{z^2 p_e (1 - p_e)}{e^2}$$

$$n = \frac{m}{1 + \frac{m-1}{N}}$$

Onde:

m = tamanho amostral;

z = valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95,% (1,96);

p_e = proporção esperada igual para cada grupo de pesquisa;

e = erro de 3,0% (0,03);

N = tamanho populacional para cada grupo de pesquisa;

n = amostra

Fonte: Fiamoncini, 2020

No que tange aos instrumentos utilizados, o primeiro mencionado é o ‘Questionário de Dados Psicossociais’, sendo o mesmo elaborado pelo Nupac-GR (Núcleo de Pesquisa e Avaliação Comportamental em Grupos de Risco) do Posneuro. É explicado como tendo perguntas fechadas, com uma parte social, onde dados sociodemográficos são perguntados como sexo, idade, renda per capita, presença de irmãos, com quem reside, escolaridade e perfil do chefe de família. Na parte chamada pela autora de "psicológica" existem perguntas objetivas sobre as vivências estressoras mencionadas, como o *bullying* acadêmico. Não obstante, não havia descrito perguntas como raça/cor e orientação sexual, por exemplo. Este questionário não foi encontrado nos anexos, porém pode ser compreensível por pertencer a um núcleo de pesquisa.

O segundo instrumento aludido é o *Mini International Neuropsychiatric interview* (M.I.N.I.) – versão brasileira: 5.0.0 – Módulo C – Risco de suicídio; Como bem explicado e demonstrado acima, é uma entrevista diagnóstica (Figura IV), ou seja, com fins de diagnóstico, padronizada com critérios do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) IV e CID 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) . Segundo Mateus Monteiro de Gois Barros (2023. p. 18): “Ambos os manuais são as referências utilizadas mundialmente para definir os padrões de critérios diagnósticos, uma vez que são revisados e atualizados, de tempos em tempos, de acordo com as novas evidências que são consolidadas.”

Figura IV: (M.I.N.I.) Módulo C – Risco de suicídio/ (M.I.N.I.) utilizado na obra de Carolina Maciel

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:				Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃO	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃO	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃO	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃO	SIM	10
Ao longo da sua vida:				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃO	SIM	4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

		NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL			
1-5 pontos	Baixo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fiamoncini (2020)

Fonte: Fiamoncini, 2020

Com duas horas de treinamento, clínicas/os podem aplicar a entrevista diagnóstica usada na pesquisa de Carolina Maciel Fiamoncini. Há 19 módulos de perguntas separados por letras de 17 transtornos mentais, assim como módulos separados, como o transtorno de personalidade antissocial e, o usado pela autora, o módulo 5 – risco de suicídio. Nesse módulo existem 6 perguntas de “sim” e “não” que devem ser somadas. Se der o resultado 0 não há risco atual, se der de 1 a 5, o risco é baixo, se for de 6 a 9 é moderado e se o resultado for de 10 a 15 o risco de suicídio é alto. A autora disse que usou na pesquisa que Comportamento Suicida não haveria se a quantificação fosse apenas igual a 0. Uma quantificação da dor.

O terceiro instrumento utilizado foi a ‘Escala de Comportamento de Automutilação’ (FASM). FASM é um questionário de origem norte-americana, traduzido por pesquisadoras brasileiras e que se baseia em 11 tipos de automutilação e caso haja uma confirmação, vale dizer posteriormente ao preenchimento se está ocorrendo no último há uma mensuração de presença de tratamento, se houve intenção suicida, como foi o intervalo entre desejar e realizar, se havia presença de uso de drogas, incluindo álcool. Na segunda parte há o que a autora chama de “escala likert”, a qual verifica as motivações (divididas em 4 níveis).

Figura V: ‘Escala de Comportamento de Automutilação’ (FASM) utilizado na obra de Carolina Maciel Fiamoncini (2020)

Versão original de Lloyd, Kelley & Hope, 1997
Traduzida por Scivoletto, S., 2005 com autorização dos autores*

No ano passado, você praticou alguns dos seguintes comportamentos (responda todos os itens):	Não	Sim	Aprox. quantas vezes?	Foi necessário algum tratamento médico?
1. cortou ou fez vários pequenos cortes na sua pele				
2. bateu em você mesmo propositalmente				
3. arrancou seus cabelos				
4. fez uma tatuagem em você mesmo				
5. cutucou um ferimento				
6. queimou sua pele (p. ex., com cigarro, fósforo ou outro objeto quente)				
7. inseriu objetos embaixo de sua unha ou sob a pele				
8. mordeu você mesmo (p. ex., sua boca ou lábio)				
9. beliscou ou cutucou áreas de seu corpo até sangrar				
10. fez vários arranhões em sua pele propositalmente				
11. esfolou sua pele propositalmente				
12. outros:				

13. Se não ocorreu no ano passado, você alguma vez na vida já teve algum dos comportamentos acima descritos? ____ Sim ____ Não

SE VOCÊ RESPONDEU NÃO PARA TODAS AS PERGUNTAS DE 1 A 13, PULE A PRÓXIMA PÁGINA E VÁ PARA O QUESTIONÁRIO SEGUINTE.

Quando fez alguns dos atos acima, você estava tentando se matar? ____ Sim ____ Não

Quanto tempo você gasta pensando em fazer o(s) ato(s) acima antes de realmente executá-los? _____

Você teve algum destes comportamentos quando estava sob efeito de drogas ou álcool? ____ Sim ____ Não

Você sentiu dor enquanto se feria? ____ dor intensa ____ dor moderada
____ pouca dor ____ não sentiu dor

Quantos anos você tinha quando se feriu desta forma pela primeira vez? _____

Fonte: Fiamoncini, 2020

O último instrumento foi o ‘Questionário de Vivências Acadêmicas, versão reduzida – QVA-r’ (Figura VI). Em formato Likert, de origem portuguesa, trata-se de um questionário que foi se modificando a depender das pesquisas. Na versão reduzida, utilizada na pesquisa, a autora utilizou 60 subitens com pontuações que deveriam ser somadas, sendo 1 para “nada a ver comigo” e a maior pontuação, 5, “tudo a ver comigo”. De modo clássico, pode avaliar as dimensões pessoal no meio acadêmico, a acadêmica, a relacional e a institucional - Carolina Maciel Fiamoncini (2020) afirma que excluiu esta última das análises de entrevistas. Seria uma avaliação métrica, porém que pode avaliar diversas questões na vivência acadêmica. Na pesquisa, as 60 perguntas, na sua maioria, analisadas de forma dicotômica. O instrumento pode ser encontrado completo na dissertação de Carolina Maciel Fiamoncini. A quantificação era que o estresse acadêmico apenas não estava presente se a pontuação era de 0 a 5 pontos.

Figura VI: 2ª página de 8 páginas do ‘Questionário de Vivências Acadêmicas, versão reduzida – QVA-r’) utilizado na obra de Carolina Maciel Fiamoncini (2020)

Fonte:	1. Faço amigos com facilidade na minha Universidade.....	①	②
		③	④
		⑤	
	2. Acredito que posso concretizar os meus valores (prestígio, estabilidade, solidariedade...) na carreira que escolhi.....	①	②
		③	④
		⑤	
	3. Mesmo que pudesse não mudaria de Universidade.....	①	②
		③	④
		⑤	
	4. Apresento oscilações de humor.....	①	②
	③	④	
	⑤		
5. Olhando para trás, consigo identificar as razões que me levaram a escolher.....	①	②	
	③	④	
	⑤		
6. Dou comigo acompanhando pouco os colegas da turma.....	①	②	
	③	④	
	⑤		
7. Escolhi bem o curso que estou a freqüentar.....	①	②	
	③	④	
	⑤		
8. Tenho boas competências para a área vocacional que escolhi	①	②	
	③	④	
	⑤		
9. Sinto-me triste ou abatido.....	①	②	
	③	④	
	⑤		
10. Faço uma gestão eficaz do meu tempo.....	①	②	
	③	④	

Fiamoncini, 2020

Estudantes de Iniciação Científica entravam em sala de aula e apresentavam o projeto e a carta de anuência. No final da aula, quem se voluntariava, ia para um lugar silencioso e reservado. No caso dos questionários, respondiam por si mesmos depois de receber as devidas orientações. As vivências estressoras foram divididas entre pregressas e atuais (bullying) e estresse acadêmico. Os dados sobre vivências estressoras pregressas foram colocadas numa tabela com a pergunta “Sofreu bullying na escola?”, com três possibilidades de respostas objetivas: nunca; algumas vezes; frequentemente. Nesta questão de todas/os discentes que participaram 76,5% relataram a vivência do bullying e destes 74,2% eram de humanas. Embora a autora não considere significativo do ponto de vista matemático. Foi usado o ‘Teste Qui-Quadrado de Pearson’. O Bullying na UFPE era vivência em maioria por discentes de saúde, representando 24,6%. A autora, matematicamente, não vê diferenças significativas. A diferença significativa estava no estresse acadêmico: de todas as entrevistas, 64,7% expressou, destes 69,3% eram de humanas e 59,3% de saúde. Diferença significativa foi também vista entre discentes de humanas e saúde na ideação suicida, tentativa de suicídio e comportamento suicida. O que matematicamente não houve diferença foi na autolesão. As perguntas expostas foram de “sim” ou “não” para essas variáveis. A associação entre variáveis, para a autora, não trazia significância do ponto de vista estatístico em todas. Vale a menção: Ideação suicida e bullying na faculdade: 45,3% para sim; e 34,6% tinham ideação, mas não sofriam bullying (FIAMONCINI, 2020).

Nas discussões, com referências internacionais, e os dados de 49,6% de 609 pessoas em vulnerabilidade acadêmica do ponto de vista da renda per capita, a autora defende que esse dado pode ser risco para transtornos mentais. Já com autorias em língua portuguesa, há pressão e ansiedade pela manutenção na Universidade. Pobreza e desemprego também podem gerar autolesão. Há mais prevalência de ideação suicida em universitários em vulnerabilidade econômica. Dor mental narrada como insuportável e ausência de pertencimento foram citados em estudos internacionais como associação entre ideação suicida e bullying na escola. No Brasil, um estudo do Rio Grande do Sul com estudantes de medicina também mostrou essa associação com estudantes de saúde. A autora coloca como mais relevante a relação entre ideação, tentativa e estresse acadêmico, segundo as quais são marcadas por sentimentos de baixa autoestima e inutilidade, pensamentos negativos autorreferentes. Vale dizer que aspectos desse tipo dizem sobre ideação e tentativa mesmo sem sintomas de depressão. De modo

indireto, a autora levou em consideração angústia, desilusão, sensação de perda de controle das demandas acadêmicas. Há estudos internacionais de associação direta com questões psiquiátricas. A pressão aos jovens, por responsabilização ao futuro, pode afetar a saúde mental, assim como aspectos familiares e sociais, sobretudo na integração social. Assim, a autora defende que os estudantes de humanas e de saúde têm maior risco para comportamento suicida que a população em geral. Na amostra, quem cursava ciências sociais tinha a maior probabilidade, especialmente com bullying e estresse na academia. Estudos apontam que não só no Brasil, mas em exemplos como Colômbia que estudantes de ciências sociais e artes têm um risco maior de suicídio ou/e ideação em comparação com os de saúde (FIAMONCINI, 2020).

Carolina Maciel Fiamoncini (2020) afirma que sua pesquisa teve problemas, pois seria necessário posteriormente uma entrevista mais ampla, principalmente para perceber a presença de temas como autolesão e bullying (a autora ainda diz que este termo não foi explicado de modo rigoroso e a diferença deste para cyberbullying). A própria escolha de ser uma pesquisa transversal impossibilitou temporalidades entre as variáveis. O modelo usado desconsiderou transtornos mentais, já que “[...] reconhecido como principais causas de suicídio, que poderiam ser um potencial fator de confusão na associação entre vitimização por bullying e comportamentos suicidas.” (2020, p. 58).

Dentre os aspectos éticos, Carolina Maciel Fiamoncini (2020) afirma que qualquer fator encontrado de elevado risco era direcionado ao NASE (Núcleo de Atenção à Saúde dos Estudantes) da UFPE, cujo qual tinha acolhimentos, suporte psicológico, psiquiátrico, do Serviço Social, dentre outros. Ao avaliar questões familiares, psicológicas, acadêmicas e sociais pode-se chegar a grupos de risco no perfil universitário e, para a autora, isto é o primeiro passo para políticas públicas.

As reflexões de Carolina Maciel Fiamoncini trouxeram um panorama da UFPE que deve no mínimo deixar um alerta para como uma comunidade acadêmica se coloca frente a situações adoecedoras, tanto no que tange ao acolhimento de pessoas com questões de Saúde Mental tidas como problemáticas, como as originadas dentro da UFPE. A dissertação de Carolina Maciel Fiamoncini não permite que observemos a Universidade unicamente como um prisma de transformação e empregabilidade e sim como um elemento comum, porém com especificidades, à diversos outros espaços: os sofrimentos psíquicos se mostrando ou sendo criados pela vivência acadêmica – esta não pode ser vista unicamente como saudável. Ademais, a dissertação também nos mostra como no momento de acolhimento são os lugares de saúde da

UFPE que são aludidos, muito embora não seja arriscado considerar que muitas outras oportunidades de acolhimento devem existir. A questão é: assim como outros espaços, a UFPE *também* adoece.

O termo sofrimento aparece 6 vezes, duas como ‘psíquico’, as outras como ‘psicológico’, ‘acadêmico’, ‘emocional’, ‘físico e/ou mental’. Na primeira alusão, por exemplo, temos: “No âmbito acadêmico e estudantil, os prejuízos decorrentes de comportamentos suicidas e de violência autoinfligida não se limitam apenas à qualidade de vida e ao sofrimento psíquico direto decorrente dos atos.” (FIAMONCINI, 2020, p.25). A autora ressalta como é prejudicial para a vivência acadêmica e mais posteriormente o comportamento suicida pode levar a transtornos mentais, solidão, dentre outros problemas considerados por ela. Para a autora há uma paisagem com complexidades que geram sofrimento psíquico em graus diferentes dependendo da área de estudo.

Para Carolina Maciel Fiamoncini (2020), em decorrência dos níveis de complexidades que podem atingir os campos de estudos, ela chama a atenção para o que intitula de gestão de riscos, a qual estão as possibilidades de atuações da psiquiatria, sendo assim, poderia: 1- prevenção primária com as pesquisas; 2- clínica como prevenção secundária ofertando e promovendo serviços da medicina e saúde mental. Há no ‘apêndice A’ um artigo de autoria principal de Carolina Maciel Fiamoncini de caráter teórico o qual o sofrimento tido como acadêmico, desempenho e violência autoinfligida se relacionam e como possibilitam o entendimento dos processos que os rodeiam. A autora utiliza também o termo ‘sofrimento psicológico’. Esta descrição está na Introdução e ela nos diz que será algo adicional. O artigo se chama ‘*Self-Injurious Behavior among college students and academic experience: a systematic review protocol*’ está todo em língua inglesa e, segundo Carolina Maciel Fiamoncini, além da presença na dissertação, foi enviado para a revista norte-americana ‘*Medicine*’.

Quanto ao período acadêmico, a autora fez um estudo teórico também sobre a relação de violência autoinfligida, sofrimento – chamando tanto de psicológico, como de acadêmico – e desempenho na Universidade. E é um cenário bem assustador, porém bem escrito e embasado traçado por Carolina Maciel Fiamoncini (2020), e é neste ponto de descrição do período de vivência acadêmica como uma dimensão de sofrimento que pode seguir meu posicionamento contra-colonial. Porém, tal como Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) forneceu frutos não apenas ao longo do texto, mas nos instrumentos, Carolina Maciel Fiamoncini igualmente apresentou os seus instrumentos de pesquisas cujos quais podem verificar mais uma vez a ideia de quantificação e objetificação. Por mais que o ‘Questionário de Vivências Acadêmicas,

versão reduzida – QVA-r’ (Figura VI) tenha nuances, a impressão que fica é que o corpo discente é localizado em situações gerais de uma Universidade, estas sendo passíveis de causar sofrimento, mas de não identificar que discentes são estas/es – exatamente no plural; um instrumento que em si se baseia num corpo neutro (o ‘Questionário de Dados Psicossociais’, pode ter mais camadas e complexidades, mas não na sua descrição). Por outro lado, o instrumento também permite buscarmos outras margens interpretativas, tendo como parâmetros outros horizontes de debates. Vamos a um exemplo. Questão 30: “Torna-se -me difícil encontrar um colega que me ajude num problema pessoal” (FIAMONCINI, 2020, p.101) ou ainda “Simpatizo com a cidade onde se situa a minha universidade” (FIAMONCINI, 2020, p.103). Novamente endosso que não se encontrava dentre os objetivos questões como a que busco, porém o tema do sofrimento, mesmo não conceituado e sim bem exemplificado, nos une e não busco em Carolina Maciel Fiamoncini o que tento aqui.

Dito isso, as questões acima nos possibilitam exercícios contra-coloniais no que concerne à cidade, Universidades e raça – esta última, por mais que aqui me atente para a descrição de Carolina Maciel Fiamoncini (2020) e ausência sobre raça/cor, devo alertar que pode ter sido apenas uma descrição não total do instrumento ‘Questionário de Dados Psicossociais’. Escolho essas três dimensões por tentar, na medida do possível, não reproduzir elementos cartesianos, os quais me limitariam em observar o sofrimento psíquico aqui situado no que essas produções produzem de debates com unicamente vias interpretativas de um campo do saber. Um exemplo: por que cidades? Parto de Carolina Maria de Jesus, quando ela diz no dia 13 de dezembro de 1958:

...A nortista começou queixar-se que os seus filhos vão voltar para o interior porque não encontram serviço aqui em São Paulo. Vão colher algodão. Fiquei com dó da nortista. Eu já colhi algodão. Fiquei com dó da nortista. (JESUS, 2014, 121)

Aqui temos uma imagem, uma narrativa crua e profunda de uma cidade que não estava acolhendo pessoas de outras regiões, no mesmo movimento que temos uma divisão difundida entre sul e norte se reproduzindo numa São Paulo urbana e desigual. Carolina nos fornece base para refletirmos sobre como a empregabilidade dava sentido ao espaço, incluindo no sentido de deixá-lo para trás. Não é uma cidade neutra, com corpos neutros a transitando, mas sim repleta de significados suficientes para pensar em outras na direção de reflexão de Carolina: que Recife é este que a UFPE está localizada. Não no sentido de completude, mas de visualizar elementos concernentes à Saúde Mental sem bases cartesianas.

6.2 AINDA PRESENTES HISTÓRICAS MACHAS DE SANGUE AS QUAIS PISAMOS E CANSAÇOS DEMASIADOS QUE NÃO MERECEMOS: UNIVERSIDADES E SOFRIMENTOS RACIALIZADOS

Trago o trecho do Diário do Hospício de Lima Barreto:

Todas essas explicações da origem da loucura me parecem absolutamente pueris. Todo o problema de origem é sempre insolúvel; mas não queria já que determinassem a origem, ou explicação; mas que tratassem e curassem as mais simples formas. Até hoje, tudo tem sido em vão, tudo tem sido experimentado; e os doutores mundanos ainda gritam nas salas diante das moças embasbacadas, mostrando os colos e os brilhantes, que a ciência tudo pode. (2017, p. 55)

A pesquisa de Carolina Maciel Fiamoncini (2020) nos demonstra algo nesse sentido – de maneira nenhuma quero tomar a imagem anterior como universal ou um protótipo, apenas foi uma exemplificação. Quando adentro na fala de Lima Barreto (2017) me deparo com um problema que o escritor já verificava. Na minha interpretação, vejo Lima nos alertando para situações maiores as quais os “doutores” não davam conta e suas arrogâncias unicamente complexificam algo cujo qual poderia ser localizado na ciência do início do século passado, uma ciência fundamentada em interações como a do escritor e em posturas de cura que unicamente traziam, em hipótese, mais sofrimento. O incômodo de Lima Barreto é um incômodo também contemporâneo, atravessado por outros modelos dos aspectos da Ciência que ele criticou, ao mesmo tempo, a experiência dele e tantas outras pessoas nos demonstram que estar em atenção crítica é imperativo. Voltemos a Carolina Maciel Fiamoncini.

Procurei sofrimento psíquico e encontrei corpos localizados numa Universidade em determinada cidade. Sofrimento, se novamente endosso que não localizado unicamente na mente como uma espécie de parte isolada de nós, pode ser situado nesses elementos. A questão para mim foi não reproduzir cartesianismo e afinal conseguir, com esteio da RAPS e sua defesa ao território, por exemplo, partir para como o sofrimento psíquico pode ser visualizado pensando nesses corpos, nessa Universidade e nessa cidade.

Primeiro, do ponto de vista do conhecimento, que a UFPE pode ser vista também como ocidentalizada.

De acordo com Ramón Grosfoguel (2016), uma universalidade ocidentalizada é fadada a reproduzir teorias cunhadas em outros espaços particulares para aplicar em localizações com outras dimensões temporais e espaciais. Vivenciamos, dessa forma, uma inferioridade e uma opressão de um privilégio epistêmico ancoradas no racismo/sexismo também epistêmico. Sendo assim, desse ponto de vista, estamos habitando em Universidades que são

ocidentalizadas, e que do ponto de vista epistêmico ainda são sexistas e racistas devido um longo processo histórico de fundação de estruturas de conhecimento. Há um legado cartesiano ainda presente no chão que pisamos nas Universidades, mas há uma internalização de estruturas eurocêntricas, normalizando homens ocidentais como cânones para disciplinas, bem como diferentes naturalizações do racismo e sexismo epistêmico devido a um processo colonial e moderno de genocídio e epistemicídios. Ao longo dos séculos, quatro merecem ser lembrados: o contra povos indígenas do continente que habitamos, e igualmente os horrores feitos aos aborígenes; o que muçulmanos e judeus passaram no conflito de Al-Andalus; o contra mulheres queimadas em fogueiras por expressar seus conhecimentos indo-europeus e serem tidas como bruxas; e como africanos foram aprisionados em seus diversos territórios e depois levados para escravidão na América. Foi também na base do sangue e de mortes que poderes raciais, patriarcais e as estruturas epistêmicas ganharam o mundo, sobretudo com o capitalismo como aliado. Todavia, o projeto colonial não teve êxito total, tendo sido violento, mas ainda podemos acessar posições epistêmicas não ocidentalizadas – ainda com as cicatrizes da colonização, porém não destruídas: “O pensamento de indígenas, muçulmanos, judeus, negros e mulheres críticos deste projeto continua vivo, ao lado do pensamento de outros críticos do Sul.” (2016, p. 44).

Vou tentar engrossar o caldo. As Universidades ainda passam pelo uso da ciência como um processo produtivo. As mesmas são avaliadas, junto com os centros de pesquisas, para conquista de mais financiamento: um dos caminhos, se falarmos de pós-graduação, para conseguir bolsas. Avaliar cursos não seria necessariamente um problema se com isso não houvesse a desigual distribuição de recursos e com um modelo avaliativo baseado em localizações dominantes do capitalismo. As exigências de todas/os envolvidas/os aumentaram e com isso o aumento do trabalho, de várias tarefas ao mesmo tempo, da sua possibilidade de adoecimento (SILVA, 2022). Esse ambiente parece como uma árvore a qual podemos colher diferentes frutos e uma boa parte destes são os adoecimentos com gosto podre. Por mais que não esteja dentro os objetivos de Carolina Maciel Fiamoncini (2020), situar que Universidades estamos tendo nos últimos tempos nos possibilita mais esteio para entender uma dimensão – não necessariamente, pois não posso deixar de pensar nas pessoas que dão a volta nisto – adoecedora da UFPE – porque as Universidades produzindo em ritmo fabris não é um belo cenário de ser imaginado. Quando a lógica é de mercadorias, como diz Byung-Chul Han (2017), não há muita distinção de um manicômio.

Se nosso foco por ora é no produtivismo demasiado temos um início da década de 1990 com o governo de Fernando Henrique Cardoso. De inspiração em gestões de organização privadas, as transformações ocorrem como uma reforma administrativa nas Universidades Públicas com ímpios fins de elevar o que se considerava como desempenho acadêmico. Ou seja, mais produção no campo da pesquisa, ensino e formação (esta última dimensão, vale dizer, teve estratégias de direção mais voltadas ao mercado). Não foi apenas um acréscimo de exigências que gradualmente iam aumentando a precarização, mas sim estratégias gerenciais de cunho privado dentro das Universidades. O cotidiano acadêmico, pouco a pouco, foi tendo outras vivências: mais exigências e menos tempo para cumpri-las. (OLIVEIRA; DE SOUZA PEREIRA; DE LIMA, 2017).

Mesmo não tendo sido a população participante de Carolina Maciel Fiamoncini (2020), alguns elementos em comum são encontrados nas vivências de pessoas em mestrado e doutorado. Para Michel Goulart da Silva (2021), existe uma condição acadêmica na maioria vivências dessas pessoas com marcas de precarização, incertezas de rumos profissionais; e embora as particularidades da academia se mostrem, a perspectiva do trabalho igualmente está presente pelas transformações impostas às Universidades: permitindo tanto outras aventuras, como também habitar espaços competitivos, hostis e angustiantes.

Byung-Chul Han (2017), tece que habitamos uma sociedade do desempenho: marcada não pela negatividade, mas pela positividade, localizada em shoppings, escritórios e academias de fitness. Uma desvinculação que cada vez está dando força para uma sociedade do desempenho. Isto é, a pessoa continua disciplinada dentro do que Michel Foucault defendia, mas o desejo de uma produtividade social massiva não condiz com a negatividade (proibições) da disciplina, uma vez que para se produzir mais é necessário a pessoa do desempenho, onde vemos projetos, motivações e iniciativas. Aí reside nossas discussões. A depressão contemporânea estaria entre o que podemos chamar de iniciativa pessoal com compromettimentos produtivos a si mesmos, o que Byung-Chul Han localiza na tradição pós-moderna, e igualmente quando temos fragmentação de vínculos e atomização do meio social. Esse aperto de mãos com Byung-Chul Han pode ainda parecer difuso, mas à nós é conexas quando pensamos que ele diz que atualmente existe um esgotamento, uma pressão, “[...] infartos psíquicos” (2017, p. 27), um mandato do desempenho como imperativos que geram vivências de depressão ou de Burnout. Já que numa sociedade que diz o discurso de que nada é impossível (positividade) gera sofrimento quando supostamente nada é possível torna-se uma vivência. A

sociedade do desempenho me parece manicomial – e não nego aqui que incontáveis narrativas de pessoas ou grupos que conseguem pular os altos muros manicomiais.

Voltemos aos moldes das nossas Universidades.

Através de um levantamento bibliográfico de 10 anos, Amanda da Silva Dias Oliveira; Maristela De Souza Pereira; Luana Mundim De Lima (2017) identificaram um panorama no mínimo pertinente de produção de conhecimento sobre adoecimento de docentes. Dentro de um contexto universitário com também características produtivistas e individualistas, as autoras nos apresenta em modalidades com respectivos componentes as formas de sofrimento; a grosso modo e à nível de visualização, apresento os principais estados de saúde como ‘Distúrbios Psíquicos’, ‘Alterações Emocionais e Mentais’, ‘Desgaste Físico’, ‘Adoecimentos Físicos e Fisiológicos’, ‘Alterações Psicossomáticas’, ‘Comorbidades entre Processos de Adoecimento Psicológicos e Físicos’. O que trago com isso é uma maneira de não ver unicamente as Universidade como jardins de conhecimento, de identificação, de acolhimentos, de possibilidades profissionais, mas concomitantemente de ter potencialidades adoecedoras. O adoecimento de docentes pode ser atrelado ao trabalho e as Universidades com o ritmo acelerado de produção de conhecimento. Quem com os pés descalços pisando em vidro nas Universidades enfrenta condições de adoecimento relacionadas ao trabalho, ao ambiente, à burocracia e também subjetivas: há ainda cada vez menos autonomia, trazendo entraves para criar enfrentamentos quanto à sufocante carga de trabalho. Dentre outras interpretações, não podemos esquecer de como o serviço público teve alterações e entradas de lógicas típicas do capitalismo. O produzir conhecimento se transformou – e, mesmo concordando, não anulo aqui a possibilidade de docentes que elaboraram maneiras de confrontar essas dinâmicas e produzem respeitando as exigências, porém conseguindo domar o tempo e escrever sem as correntes da quantidade – e com isso o trabalho em Universidades foi tendo contornos neoliberais para poder afetar quem nelas trabalha do ponto vista da Saúde Mental. De certo modo, o adoecimento de docentes, ainda necessita ter maior espaço de discussão, até para o processo quantificado de trabalho, assim como o excesso de outras atividades não serem naturalizados. Pode ser fundamental, por exemplo, compreender como docentes estão vivenciando seus processos de saúde-doença, como enfrentam esses processos de trabalhos hoje, inerentes, às Universidades Públicas. Não obstante: “Faz-se importante repensar o modelo que rege o ensino universitário público e a educação em geral, bem como os critérios de avaliação desses fenômenos.” (OLIVEIRA; DE SOUZA PEREIRA; DE LIMA 2017, p. 617)

Não observo o adoecimento de docentes como em separado ao que discentes têm que enfrentar. Situar esse sofrimento frente uma ótica de produção neoliberal é um válido exercício para pensarmos em discentes. Carolina Maciel Fiamoncini (2020) nos apresenta o estresse acadêmico como composto por baixa motivação, rendimento acadêmico abaixo do esperado, salas de estudos precarizadas, carga acadêmica demasiada e incertezas quanto à empregabilidade. Existe um sufocamento de informações e um medo de erros quanto a não acompanhar o ritmo da academia. Por mais que a autora apresente em estudos internacionais experiências exitosas nesses problemas, o que me chama a atenção é que a maioria desses elementos causadores do estresse, dentre outros elementos, parecem estar diretamente ligados à UFPE – ou ainda ao modo como estão as Universidades causam estas vivências estressoras.

Carolina Maciel Fiamoncini (2020), enquanto profissional da medicina e na sua formação no Posneuro, nos mostra suas perspectivas localizando bem as Universidades numa série de transformações proporcionadas pela sociedade, com o acesso pelo ENEM (Exame Nacional do Ensino Médio) – explicado com amplitude pela autora -, cotas sociais, raciais e para pessoas com deficiência, assim como aberturas para discentes de outras regiões, de grupos tidos pela mesma como menos privilegiados, cujos quais seriam como outros perfis étnicos e sociais. A autora conceitua o ENEM e políticas públicas como estas impulsionaram o acesso mais democrático.

Como nova realidade acadêmica, é necessário também o que a autora chama de realidade psicossocial nova. As alterações sociais promoveram desafios a jovens mediante os quais Carolina Maciel Fiamoncini defende que é necessário um conceito específico para demandas contemporâneas do público entre 18 e 25 anos. A ideia de conceituar como uma *adulthood emergente* ou como uma idade adulta emergente direciona suas análises para uma juventude centrada em si própria, com buscas identitárias, cujas quais ao mesmo tempo não se é adulto nem adolescente. Nesse sentido, a autora demarca que a Universidade é vista de modos ingênuos e sem base na realidade: expectativas, obrigações acadêmicas e relações interpessoais aumentam, contudo, junto com isso, o risco do público universitário de questões psiquiátricas, como depressão, ansiedade e estresse. Segundo Carolina Maciel Fiamoncini, baseada em autorias em língua inglesa, um quinto de discentes em Universidades tem sintomas que podem ser vinculados com transtornos mentais do DSM V ou CID. 10.

Em outra ilha de adoecimento nas Universidades, Leandro Augusto Pires Gonçalves et al. (2020) enfatizam como a difusão de conhecimento científico brasileira está atrelada a uma indústria de publicação de conhecimento mundial que tem imposição de normas para que

conhecimentos sejam reconhecidos. Com isso, a produção e divulgação de conhecimento, embora seja uma tarefa penosa, pode ser pensada para além de livros ou revistas do meio acadêmico. Vou pensar sobre sofrimento psíquico. Um primeiro ponto é que o tema parece pertencer perpetuamente a certas áreas do conhecimento. Uma vez outras – que nem dentro de seus próprios campos de diálogos tem espaços mais vastos para discutir sobre sofrimento – tentam atravessar suas próprias barreiras ou adentrar em outros espaços, seguramente suas autorias terão mais dificuldades, pois como diz Leandro Augusto Pires Gonçalves et al. (2019) é igualmente uma questão de forma imposta. Essa discussão me fez pensar como certos meios da academia de difusão de conhecimento parecem as cidades corporativistas, com espaços privilegiados, deixando ainda margens: “Somos lidados por essas formas e métricas. Porém, não podemos desistir de pensar e produzir em outros meios, especialmente naqueles de acesso aberto.” (2020, p.172).

Mais à frente, Carolina Maciel Fiamoncini (2020) apresenta uma noção mais nítida do ponto de vista de características do estresse acadêmico. Estes seriam vivências subjetivas classificadas como sentimentos de mal-estar e incapacidade geradas por demandas acadêmicas, além de expectativas relacionadas ao curso. Não se trata unicamente do meio acadêmico, mas das experiências de discentes em grupo ou quanto a si. Como esse estado de saúde foi observado mais nos cursos de humanas, com destaque proporcional para pedagogia – e serem as pessoas mais interessadas em participar da pesquisa da autora -, Carolina Maciel Fiamoncini defende mais aprofundamentos em realidades destes discentes, no caso de pedagogia, para entender, assim como seus perfis com camadas sociais, psicológicas e econômicas, “[...] que forma a Universidade estaria ou não adaptada às demandas e realidade de vida desses alunos.” (2020, p. 54). E é neste último ponto que tento brevemente esta discussão. As Universidades Ocidentalizadas me parecem como luzes fluorescentes iluminando cotidianos e trajetórias, porém indo embora gradualmente para outras pessoas.

Primeiro, onde está a Universidade em questão? Para Durval Muniz de Albuquerque Júnior (2011), o saber historiográfico pode contribuir para elucidações no que tange ao cenário de hierarquia de espaço e saberes datadas no início do século XX, tecendo sem adjetivações a negação da ocupação de espaços classificatórios, como diferenciar História do Brasil de História Regional. Bem como na ideia de Nordeste, visualizo uma questão em consonância a discussão sobre sofrimento, pois Durval Muniz de Albuquerque Júnior defende que o questionamento às identidades, à civilização e à região não é deixá-las de lado, ou negar, mas compreender, as utilizando entendendo como se operam socialmente via estratégias e discursos

que as fizeram possíveis. O que está por trás da invenção de região são embates, dissonâncias políticas e a ascensão de verdades. Ademais, pertinente se mostra a observação como os antigos Norte e Sul foram divididos através igualmente de uma questão racial. O fim do regime escravocrata trouxe uma urgência para a reordenação do espaço brasileiro. Imigrantes europeus de imediato considerados com ‘superioridade’, atizando eugênicos intelectuais paulistas a classificar pessoas que viviam no Nordeste com degeneração racial tanto intelectual quanto física. A raça seria fruto de ‘cruzamento’ entre raças tidas como extremas, sem ainda desconsiderar a presença de uma chamada ‘submestiçagem’. E não somente a raça escapa a essas ‘análises’, pois a própria pobreza extrema recebia interpretações culposas nesse cenário (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2011).

E aqui o fator raça surge na discussão para mim não com um elemento, mas o elemento para entender as Universidades, no caso uma UFPE racializada. Ramón Grosfoguel (2016) enfatiza que o racismo/sexismo epistêmico é um sério problema contemporâneo, mediante o qual homens ocidentais produzem conhecimentos e trazem mais pilares para Universidades ocidentalizadas reproduzirem corpos e geopolítica do conhecimento que não são os seus. Para o autor, se instaura no meio acadêmico uma desigualdade cognitiva ultrapassando as escritas balizadas unicamente em cânones, mas também fazendo com que as Universidades concedam mais espaço e privilégios para, por exemplo, projetos mais em consonância com a desprezível reprodução da visão de mundo patriarcal, imperial e colonial. Se olharmos para os grandes projetos que nos chegam, incluindo o de direitos humanos, como algumas postulações da ONU (Organização das Nações Unidas), do Banco Mundial ou mesmo do FMI (Fundo Monetário Internacional), estes representam também projetos internacionais com o problema de ser de teor euronorteamericanocêntrico se impondo com instituições que vão das militares às Universidades. Ramón Grosfoguel alerta que esses lugares de fala não são democráticos, têm uma postura de superioridade e continuam sendo o que são: uma dominação ocidental capitalista.

Últimas décadas e novas maneiras de intensificar e superexplorar o trabalho, tornando o livre mercado uma forma de conduzir o cotidiano naturalizando ideários neoliberais, a de saber que, com isso, cotidianos são capturados e reproduzem esse ideário, demarcando regimes e funcionamentos das dinâmicas sociais. O neoliberalismo, tal qual enfrentamos hoje, fez mais que se avizinhar as nossas vidas, ele opera dentro de um capitalismo globalizado, adentrando como uma sentença, com voz inquisitorial de paisagens privadas para contextos também públicos. As lógicas, ditas sob os lábios do capitalismo em fundamento, continuam sendo, no

que lhe toca: precariedade, competição, produtivismo, dentre outras. E assim chegou ao meio acadêmico (OLIVEIRA; DE SOUZA PEREIRA; DE LIMA, 2017).

Não obstante, Tahiana Alves (2022) coloca que instituições modernas coloniais estabeleceram ordens sociais com significativas marcas para raça, classe, sexualidade e gênero. Os conhecimentos que supostamente sustentaram ações de exclusões eram tidos como verdadeiros, sendo estes marcados pela colonialidade erguendo privilégios para colonizadores e prejudicando grupos marcados como fora da 'norma'. As mulheres, por exemplo, tinham um espaço na literatura da medicina peculiar, as considerando mais propensas à dita 'loucura'. Os argumentos? Fatores biológicos e fragilidades classificadas como naturais. Mesmo numa vivência cartesiana, os corpos das mulheres eram associados com questões mentais, e dessa forma seus corpos foram alvos de intervenções violentas, tais como nas genitálias.

A colonização territorial, a direcionada para uma exploração de um determinado espaço físico, igualmente prejudicou psicologicamente povos e colocou em risco suas possibilidades de futuro. Madagascar foi invadida pelo branco europeu e com ela a/o negra/o teve que exercitar alteridade com o branco, se registou que muitas tribos passaram a ver a presença de um branco como algo bom. Com isso, o europeu, cujo qual chegou sem pedir licença, trouxe consigo o ideário de civilização, este responsável pelo desenvolvimento de um parâmetro, de um horizonte de tudo que deveria ser considerado. Uma dependência se estabeleceu e o branco feriu Madagascar de modo que o psicológico foi traçado por modelo brancos pré-estabelecidos, colocados como únicos, fazendo assim que as consciências da população fossem alteradas a serviço da dominação, modificando relações internas e contextos sociais (FANON, 2008).

O colonialismo e o racismo possuem variadas associações possíveis, a qual identificou como a estrutura inicial da colonização subjetivamente dominou colonizadores e quem era colonizado. O branqueamento, como ideologia, resultou para pessoas negras em processos de não aceitação, de rejeição a cor, já que uma fuga se dava devido aos estereótipos negativos construídos ocidentalmente para negras/os. Aqui repousa que esse mesmo racismo foi apropriado de modo assimétrico para compor identidades raciais brancas. Ou seja, pessoas brancas também fizeram uso dessa opressão para composições raciais do que são. Por mais que estejamos em terrenos nesse momento de discussões coloniais, pensar em raça como uma categoria sociológica (apenas um exemplo, pois são inúmeras possibilidades) nos orienta quanto a relações sociais contemporâneas, incluindo as experiências tanto globais como locais. Raça adentrou na vida social, permeando experiências, identidades, poder e – o que aqui deixo como destaque – nas distribuições de recursos (SCHUCMAN, 2012).

Um conceito nos é pertinente trazer: o de exclusão. Antes é fundamental compreender que a ideia de um ‘Outro’ - podendo ser um indivíduo ou grupo - o qual é considerado como fora de limites morais e por isso deve ser excluído e vigiado; representando, dessa forma, como há agentes (podendo ser qualquer um/a de nós) que estabelecem limites e compartilham valores entre si. Afirma-se que esses agentes têm um distanciamento de cunho psicológico desse ‘Outro’ e não tem preocupações com seus sofrimentos. Assim, exclusão seria também formas de descompromissos políticos com o sofrimento de outros. Quem é excluído passa por processos de desvalorização até ser alguém em risco de ser explorado ou prejudicado, tendo como exemplo genocídios ou discriminações (BENTO, 2003).

Segundo Maria Aparecida Silva Bento (2003), quando temos um grupo excluindo o outro racialmente, um silêncio se instaura no seio das pessoas que praticaram a violência, consolidando, dessa maneira, privilégios simbólicos e concretos já postos historicamente. Silenciar o lugar da pessoa branca nas desigualdades raciais é identificado por Maria Aparecida Silva Bento com uma dimensão narcísica na qual há um mecanismo de preservação criando repulsa a quem é tida/o como estranha/o ou diferente. A chave de compreensão aqui é exatamente como porque este diferente ou estranha/o questiona o que é ‘universal’, o que é ‘normal’, e assim pessoas ou grupos preferem a imutabilidade. Sejam os silêncios ou as exclusões, ser branco torna-se referência humana nesses movimentos.

Tem ponto cujo qual podemos taxar como simplório quando conceituações são fincadas e construídas em concepções de mundo os quais possuem corpos e espaços sociais com especificidades e estas se disfarçam com uma vestimenta de ‘universidades’. Teorias sociais científicas se moldam no mínimo limitadas quando partidas de cinco países tidos como cânones, ou com autorias com tais classificações, como é o caso dos Estados Unidos, da Itália, da Inglaterra, da Alemanha e da França. O problema, no que interpretei, são que as teorias destes se posicionam ao mundo como universalizantes, capazes de ter conhecimentos e produzi-los como únicos, ou mais importantes, como bússolas para compreensão e assim nos amordaçam como contenções físicas e mecânicas. O perigo desse discurso de universalidade é exatamente num pressuposto de ‘capacidade universal’. As Universidades, assim, podem ser tidas como ocidentalizadas quando, dentre outras exclusões, são considerados inferiores conhecimentos erguidos em diferentes espaços, corpos e ou geopolíticas – uma vez estes vistos como não ocidentais são colocados à parte em detrimento da manutenção da produção e reprodução de homens autores dos cinco países (GROSGUÉL, 2016).

Interesses de grupos dominantes neste prisma são institucionalizados para manutenção de poder dentro e fora das instituições. Num cenário assim a instituição colabora para a hegemonia de um grupo racial que por sua vez se estende também para a cultura e padrões estéticos, por exemplo (fico pensando também nos espaços dados historicamente a temas de pesquisas nas ciências humanas em Universidades). E mantendo a dominação dos homens brancos, está a existência de parâmetros ou regras que colocam entraves na ascensão de mulheres e da população negra – já vivenciados barreiras historicamente (ALMEIDA, 2019).

Não obstante, não devemos esquecer que quando não há espaços de discussão sobre desigualdades como a racial ou a de gênero, o poder centralizado de homens brancos continuará sendo visto como natural e as portas de instituições continuarão fechadas à realidade de populações, uma vez que a ocupação dos lugares institucionais se normaliza. O racismo na concepção institucional não se fixa em ações individuais e pode ser localizado dentro de dimensões de poder nos âmbitos das instituições - permitindo que, diretamente ou indiretamente, pessoas de uma raça (branca) exerçam poder sobre outras pessoas (classificadas como não brancas) (ALMEIDA, 2019).

Quando tentamos ver os impactos do racismo podemos observá-lo igualmente em aprisionamentos de imagens solidificadas com correntes de estereótipos, colocando à margem uma imensa população que sofre para ter suas humanidades, dentro de suas singularidades, reconhecidas. A supremacia branca esteve e está nas Universidades. A herança colonial da escravidão e as relações raciais brasileiras nos fazem viver numa sociedade de cunho ‘patológico’, cuja qual o racismo permeia relações possibilitando uma visualização de sociabilidade marcada por uma enfermidade social, inclusive dentro das Universidades. O colonial territorial europeu deixou uma herança de oligarquia e patrimonialismo, relações de poder com pilares racistas, de subalternização e dominação (MARTINS et al., 2018).

Faço uma observação a você que me lê, nesse momento pode parecer que sofrimento psíquico tem sido esquecido, mas dentro dessas relações raciais, as quais merecem aprofundamentos, é inevitável alinhá-lo, bem como outras questões de Saúde Mental, especialmente em históricos como o de Lima Barreto; Entre os dias 29 de dezembro de 1919 e 04 de Janeiro de 1920, ele nos diz:

Outra coisa que me fez arrepiar de medo na Seção Pinel foi o alienista. Se entre nós, no Rio, houvesse uma universidade, eu poderia dizer que ele havia sido meu colega, porquanto, quando ele freqüentava a Escola de Medicina, eu passeava pelos corredores da Escola Politécnica. Nunca travamos relações, mas nós nos conhecíamos. Ele, porém, não se deu a conhecer e eu, no estado de humilhação em que estava, não devia ser o primeiro a me dar a conhecer. Não lhe tenho nenhuma

antipatia, mas julgo-o mais nevrosado e avoado do que eu. É capaz de ler qualquer novidade de cirurgia aplicada à psiquiatria em uma revista norueguesa e aplicar, sem nenhuma reflexão preliminar, num doente qualquer. É muito amante de novidades, do *vient de paraitre*, das últimas criações científicas ou que outro nome tenham. (BARRETO, 2017, p. 44-45)

Lima Barreto (2017) nos fornece uma análise não unicamente de como eram tidas como distintas as pessoas internadas em Hospitais Psiquiátricos, mesmo que as entradas nas Universidades tivessem ocorrido. Como, na minha interpretação, a internação colocasse uma camada a mais para internas/os, cujos funcionassem como uma tatuagem no rosto provocadora de uma diferença. Para Lima Barreto, conquanto, sua postura na escrita quanto a um médico ler uma revista norueguesa e acreditar que pode ‘aplicar’ a pessoas aleatórias me ressoa como uma observação do escritor para como eram particulares as experiências e como os conhecimentos tão distantes aumentavam as distâncias já existentes no local. E ainda cabe mais compreensões: como Lima Barreto nos exemplifica da objetificação suscitada pelos saberes biomédicos hegemônicos. E por mais que em outros trechos, ele deixe elogios quanto às equipes, o mesmo não reprime suas críticas à arrogância médica.

A psiquiatria que se desenvolvia no início do século passado ainda tinha por pilar o psiquiatra italiano Lombroso e sua antropologia criminal da qual posições profissionais como, por exemplo, levar em consideração proporções do corpo como via interpretativa fundadora de biótipos estavam dentre as principais características. O biotipo criminoso considerado por esta psiquiatria era exatamente o do negro e com isso estigmatizações e prisões tornaram-se com ‘fundamento’ e comuns (BENTO, 2003).

Não parando por aí, em 1923 é fundada por psiquiatras no Rio de Janeiro da Liga Brasileira de Higiene Mental tendo a esterilização nas funções de quem era tido como pessoa degenerada, tais como pessoas negras – sobretudo se estavam numa relação problemática com o álcool -, quem estava com tuberculose, pessoas supostamente com transtornos mentais. Enquanto a psiquiatria atuava de um lado, cientistas sociais se deparavam com a difícil missão de costurar uma história nacional segundo modelos eurocêtricos fundados no ideário de civilização para um país com a maioria da população negra e mestiça e cujo qual seu desenvolvimento se devia a séculos de escravidão (BENTO, 2003).

Além da psiquiatria da época, contar a história do Brasil era dançar de acordo com a ideia de quem pode ser considerado civilizado (BENTO, 2003). Seria uma desatenção minha não criar esse outro elo fundamental, pois temos uma população negra mediante a qual as marcas do colonialismo ainda se fazem presentes; pensar na psiquiatria ou mesmo no papel da

pessoa branca é visualizar como Saúde Mental no âmbito público pode não somente estar dentro dessa discussão, mas fazendo parte dela, a produzindo, a reproduzindo, recriando ou criando.

Frente um cenário institucional e racial, dois assuntos merecem destaques: o que me embasa para falar de racismo e a relevância de pensarmos sobre branquitude – não distante de sofrimento psíquico se pararmos para analisar os recortes silenciosos, porém gritantes, históricos e contemporâneos. Para tanto, diálogo com Silvio Luiz de Almeida (2019) e Lia Vainer Schucman (2012). Se estamos falando de uma instituição (a UFPE), comungo com Silvio Luiz de Almeida, não somente pela amplitude apresentada como por ele não repousar suas análises unicamente no racismo como algo comportamental. É desde já pertinente quando o mesmo diz que há o racismo institucional, observando instituições como maneiras como as sociedades rotinizam e coordenam comportamentos com ações sociais com vistas a normalização dos sistemas sociais: “Assim, as instituições moldam o comportamento humano, tanto do ponto de vista das decisões e do cálculo racional, como dos sentimentos e preferências” (p.26). Um exemplo de racismo institucional seria como o funcionamento de instituições tem uma dinâmica que, mesmo que seja de modo indireto, tenha privilégios e desvantagens com fundamento na raça, prejudicando grupos e favorecendo outros. Os Estados Unidos possuem um tipo de colonialismo com a população negra, sendo este também um racismo institucional o qual é menos perceptível por não ser praticado necessariamente por indivíduos específicos. Seria como uma sociedade organizada em uma série de regras criadoras de barreiras à população negra.

Situo a produções que analisei e esta que escrevo dentro dos alertas feitos por Silvio Luiz de Almeida (2019) de como as instituições carregam inerentemente os conflitos que atravessam a sociedade, não estando inócuas internamente e sim repletas de enfrentamentos internos por controle seja entre grupos ou indivíduos. Quando colocamos racismo nesta ótica de instituições temos que as ver igualmente compostas por desigualdades raciais, já que é assim na nossa sociedade e, portanto, com grupos raciais operando ferramentas institucionais para seus interesses, produzindo e reproduzindo desigualdade. O racismo nas instituições são elementos que as compõe e quando vemos que dentro delas o racismo é usado como poder: este é dominação.

Para Lia Vainer Schucman (2012), estudos ao longo do século XX vêm demarcando o branquitude como um lugar, ou uma posição como ela chama, ocupada por pessoas de aparência branca e origens europeias que tem para si privilégios materiais e simbólicos – uma vez feita a comparação com pessoas não brancas. E mesmo assim essa constatação não encerra o debate

sobre branquitude, uma vez que a identidade racial branca pode se expressar numa gama de possibilidades as quais há necessariamente uma diversidade de maneiras de ser uma pessoa branca no mundo, o que cunha diferentes convergências com a branquitude. Em outras palavras, não é um assunto encerrado em conceitos e sim em movimentos. Nesta dissertação estarei segurando conceitos básicos suficientes para discutir saúde mental.

Para Lia Vainer Schucman (2012), a branquitude pode ser observada como, com a junção de acontecimentos políticos e históricos, se determinam a posição de pessoas brancas. O que em si cria um movimento de entender que, a depender do país, ser branco tem sentidos diferentes. Lia Vainer Schucman utiliza os Estados Unidos, onde os significados atribuídos a uma pessoa branca estão direcionados à genética e etnia; já no Brasil “[...] está ligado à aparência, ao status e ao fenótipo [...]” (2012, p.23). Vamos, então, a uma compreensão de branquitude: temos colonialismo, imperialismo e a manutenção na contemporaneidade de posições de privilégios de acesso a recursos simbólicos e materiais ocupados por determinadas pessoas.

Em vista disso, a branquitude está dentro das estruturas de poder e compreendê-la nos permite ter abertura para identificar como se desenvolvem concretamente desigualdades raciais pilares dessas mesmas estruturas. É necessário o reconhecimento dos poderes da branquitude e como assinalar como efetivamente se dão estes efeitos, orientando-se pelo poder e onde há implicações. Dito de outro modo, é entender que a branquitude está numa rede e que pessoas brancas, dentro dos seus cotidianos, produzem ações conscientemente ou não que podem ter efeitos nas desigualdades raciais. Isto não é individualizar o problema e sim para não esquecermos das estruturas de poder e igualmente por esse motivo que entender a branquitude se faz imperativo (SCHUCMAN, 2012).

Frantz Fanon (2008) nos apresenta considerações nesse diálogo quanto a racismo e colonização. Um universo colonial comporta formas de intersecção entre ao mesmo tempo condições subjetivas do ser humano junto com suportes históricos e objetivos. Se tomarmos a situação do próprio colonizador, em minoria populacional em territórios em colonização, o sentimento de inferioridade não vai passar pelas suas vivências. Aqui já registramos o exemplo trazido por Frantz Fanon da África do Sul mediante o qual brancos são em bem menos em quantidade na população e a inferioridade não lhe é era imposta por pessoas nativas. A percepção de superioridade é uma amarração de fatores tipicamente europeus, dizendo da superioridade do povo europeu baseado na raça. Com isso, a concordância com Frantz Fanon é essencial quando ele enfatiza que o inferiorizado é uma criação do racista.

Tal como outras Universidades, a UFPE vem passando por precarizações no que diz respeito ao trabalho, ressoando em discentes e docentes. Como demonstrando as possibilidades de sofrimento psíquico são cada vez maiores e pensar que discentes podem ser atravessados por questões raciais dá subsídios para pensar na hipótese de como estes sofrimentos são vivenciados e enfrentados de modo diferentes. O que não se pode negar é como as Universidades em geral têm composições racializadas e ocidentalizadas. Os feminismos contra-coloniais aqui mostraram-se como uma das trajetórias de elucidação para problemas históricos, sociais, políticos e econômicos – e não unicamente psíquicos. Teu, meu, nosso sofrimento não é somente individual.

Segundo Silvio Luiz de Almeida (2019), o racismo opera como um processo social e somente ações – embora imperativas - de luta contra racismo individual e institucional não contemplam a complexidade, é fundamental não deixar de discutir sobre mudanças políticas, econômicas e sociais. A utilização do termo ‘estrutura’ não é uma sentença perpétua, não deixa de valorizar medidas institucionais antirracistas e coloca que atos de racismos devem receber responsabilizações. O ponto é que o racismo, por ser também estrutura, causa desigualdades nos âmbitos políticos, jurídicos e econômicos e por mais que seja necessário combater o racismo individual, não é suficiente quando comparado com o que temos entranhado na sociedade. O racismo é histórico, sistêmico, político e estrutural. E aqui quando uso ‘racismo estrutural’ nesta dissertação me posiciono com Silvio Luiz de Almeida (2019, p.33):

[...] o racismo é uma decorrência da própria estrutura social, ou seja, do modo “normal” com que se constituem as relações políticas, econômicas, jurídicas e até familiares, não sendo uma patologia social e nem um desarranjo institucional. O racismo é estrutural.

De acordo com Silvio Luiz de Almeida (2019), situar o racismo como parte de uma estrutura social nos oportuniza mais responsabilidade no combate ao racismo, aderindo a posturas e práticas antirracistas frente à sociedade, com isso não caímos em perigosos silêncios diante o racismo. Vale reconhecer que há, nessa perspectiva, uma ampliação da compreensão para além da necessária denúncia, nos colocando dentro da questão racial. Dessa forma, observando raça como uma relação social dentro de uma sociedade racista e presente em ações concretas numa estrutura social marcada por lutas contínuas, podemos aqui identificar que a área da Saúde Mental não está neutra neste debate, podendo fazer parte desse debate.

O assunto do racismo aqui não se mostrou como um elemento que orbitava o sofrimento psíquico, mas sim como um elemento de composição, que cortava toda a dissertação, haja vista minha posição contra-colonial. Antes de apresentar o conceito que me posiciono, demarco este

neste escrito por ter subsídios elucidadores para dialogar sobre sofrimento psíquico, tais como pensar em racismo como algo sistêmico, ênfase na discriminação e nas práticas. Ler o conceito a seguir me fez pensar em assuntos cruciais na Saúde Mental, como estigma e discriminação da população negra. Por racismo, me posiciono com Silvio Luiz de Almeida (2019) quando ele diz que:

Podemos dizer que o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertençam. (p.22).

Tahiana Alves (2022) defende que é a formação social brasileira, suas particularidades e os grupos sociais mais vulneráveis – em variados modos – pelos quais um fértil terreno pode fazer avançar a Reforma Psiquiátrica a passos mais amplos socialmente e que sua execução esteja fortalecida o suficiente para velhos e novos conservadorismos. Sim, a Reforma possibilitou a constituição de horizontes Legalmente possíveis e essenciais princípios éticos e políticos contra a violação de direitos humanos reproduzida nos parasíticos hospitais psiquiátricos. Com a pandemia e os ataques conservadores do governo Bolsonaro, quem defende a Reforma como eu não pode esquecer que temos limites conjunturais e principalmente estruturais, já que se acirrou desigualdades sociais e a Saúde Mental do SUS está sendo alvo de perversos interesses. Esta mesma Saúde Mental: “Está inscrita numa sociabilidade capitalista, patriarcal e racista que tem avançado nos últimos anos.” (2022, p.15).

Não devemos esquecer que pessoas em sofrimento psíquico e/ou quem tenha sido diagnosticada/o tem raça/cor, culturas diferentes, diversas identidades de gênero, variadas orientações sexuais, gerações e classe social. A observação/crítica de que há lacunas presentes quanto à Reforma Psiquiátrica no que concerne à estrutura e formação social, produzindo e agindo, por exemplo, não necessariamente cientes de sistemas de dominação como o racista e capitalista, não invalida ou anula o que por décadas foi lutado socialmente e especialmente o que foi conquistado (arrisco dizer que dependendo de suas condições sociais, raciais, de gênero ou sexualidade, caso algum problema que você vivencie possa ser chamado de ‘mental’, seria o hospital psiquiátrico teu destino). O sofrimento psíquico, com essas colocações, deve ser visto como dependente das estruturas sociais (ALVES, 2022).

Com relatos da USP (Universidade de São Paulo), Unesp (Universidade Estadual Paulista), Unicamp (Universidade Estadual de Campinas) e outras Universidades, Michel Goulart da Silva (2022) apresentam algumas situações que podem gerar questões em Saúde Mental – sem aqui esquecer de como a Universidade produz conhecimento: processos de

precarização e óticas produtivistas. Dentre as situações está o quanto é exigido assumir funções de orientadora/o; ou o oposto: a ausência de orientação; ou ainda como no caso de discentes em pós-graduação são colocadas/os em atividades aleatórias a sua pesquisa; exageradas cobranças; inadequadas pressões; sobrecarga de trabalho exigida; e o assédio sexual principalmente nas mulheres (coloco também o assédio moral, destacando o praticado por docentes contra discentes). Não observo as colocações de Michel Goulart da Silva como generalistas ou fatalistas, unicamente as vejo como casos trazidos com ressonâncias possíveis – não necessariamente – dentro de Universidades que enfrentam demandas produtivistas e excessivas impostas. O que apresento é como a UFPE de Carolina Maciel Fiamoncini (2020) pode ser localizada com essas questões cujas quais não pedem licença as nossas saúdes mentais. Para Michel Goulart da Silva (2021, p. 3): “Esse ambiente, que muitos pós-graduandos enxergam como hostil e em que se sentem sozinhos e desamparados, acaba se mostrando insalubre, fazendo com que os estudantes adoeçam”.

Ramón Grosfoguel (2016) nos diz que, diante das Universalidades ocidentalizadas, a decolonização das estruturas de conhecimento torna-se imperativo. Por mais que ele nos forneça um averso histórico que fazem entender, dentre outras interpretações possíveis, que hegemonicamente enfrentamos um processo de ‘adaptação’ ou mesmo silenciamento de nossos conhecimentos, o autor apresenta que é necessário reconhecer o histórico racismo e sexismo presentes – assim como o que ele chama de “provincialismo”. Isto porque são esses elementos que compõem a insalubre estrutura fundada pelo genocídio e epistemicídio dos projetos coloniais, ressonado nas Universidades e nas formas que produzimos conhecimento. Com a ruptura do universalismo, o qual é signficante de decisão autoritária, abre-se porta finalmente para uma diversidade epistêmica de encontro as realzas do conhecimento, trazendo criação de conceitos, sentidos, redefinições de conceitos, dentre outras possibilidades. Assumindo posturas como essas, as Universidades: “Essas se transformarão, de uni-versidades ocidentais em pluri-versidades decoloniais.” (2016, p. 46). Uma chaga difícil de visualizar, mas fácil de sentir se ao menos tomarmos como reflexões autorias como Ramón Grosfoguel, o que pode nos fazer identificar os percalços que já passamos para escrever e nesta dissertação não conseguiu sair de cânones.

Ter como subsídio pensar nos desafios da RAPS quanto ao sofrimento e tecer essas considerações sobre Universidades e raça me fez adentrar nos corpos dos sofrimentos. Os corpos negros dentro de um cenário colonial, com história suficiente para criar não somente instituições racistas, mas também uma sociedade estruturada racialmente, me permite defender

que o SUS possa produzir cada vez questões de atendimento à população que necessita de serviços públicos de saúde. Todavia, a observação de como estes mesmos serviços se organizam é necessária, pois o ideal seria a consonância destes com a formação socio histórica local.

Por mais que esteja visível a precarização do SUS nos últimos anos, o momento de discutir racismo é ininterrupto. Coloco as consequências do racismo e específicas vivências na UFPE como um sofrimento psíquico, tendo em vista o atendimento público em saúde. Observar sofrimento psíquico na RAPS como apenas ‘mente’ no atendimento em saúde ou mesmo na produção de conhecimento é no mínimo esquecermos de quem nós somos. Sim, formações para profissionais de saúde são imperativas, mas o mergulho tem que ser mais profundo, temos que observar as instituições em que estamos, pois por mais que os psicoativos atuem com finalidade na ‘mente’, quem grita, corre ou está num silêncio/silenciamento é o corpo, é como nos reconhecemos.

No que tange à UFPE, Carolina Maciel Fiamoncini (2020) nos alertou quanto a algumas informações; minha posição contra-colonial, entretanto, me permitiu ver esta amostra como uma Universidade Ocidentalizada - que por mais que tenha serviços de atendimento a questões de saúde mental, parece ser um elemento adoecedor em sua estrutura e no que lhe é exigido. E cada vez serão necessárias maiores ampliações dos serviços, pois os adoecimentos continuarão tal como deve ser em outras Universidades: oferta atendimento em saúde mental de um lado enquanto uma máquina cada vez mais veloz adocece de outro - seja docentes ou discentes. O que vejo é que as Universidades não precisam naturalizar ou banalizar o cansaço que lhes é imposto. E sim, cada espaço de refúgio do ponto de vista da Saúde Mental é importante e deve sim ser habitual.

E onde se situa a UFPE? Numa cidade, num território, num espaço não neutro: Recife.

6.3 SOFRIMENTO PSÍQUICO E CIDADES: ELOS POSSÍVEIS, SOFRIMENTOS LOCALIZADOS

Na passagem do dia 09 de novembro de 1958, Carolina Maria de Jesus

...Preparei a refeição para os filhos e fui lavar roupas. Quem estava no rio era a Dorça e uma nortista que dizia que a nora estava em trabalho de parto. Há três dias. E não conseguia hospital. Chamaram a Radio Patrulha para interná-la e ainda não havia dado solução. A velha dizia:

—São Paulo não presta. Se fosse no Norte era só chamar uma mulher, e pronto.

—Mas a senhora não está no Norte. Precisa providenciar hospital para a mulher.

O marido vende na feira. Mas não quer gastar com a esposa porque quer ir para o Norte e está ajuntando dinheiro (2014, p. 136)

Os anseios de Carolina na história narrada nos dizem como havia um país dividido e essa divisão chegava até as pessoas. Não obstante, podemos ver, principalmente se lembramos de onde ela morava, como os serviços de saúde eram omissos e podemos tecer, enquanto hipótese, de que as localizações das pessoas que Carolina nos apresenta nos diz muito sobre o país da época e sobre serviços de saúde segundo uma ótica segregadora dos espaços. E aqui podemos, junto com o relato a seguir, nos arriscarmos neste elo entre os adoecimentos bem traçados por Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) e Carolina Maciel Fiamoncini (2020) e a cidade do Recife. É necessário pensar um pouco como essas divisões espaciais já foram compostas por elementos políticos, econômicos e culturais. Os sofrimentos – mesmo não conceituados – são situados e entendê-los assim é fazer a curva em modelos patologizantes.

Durval Muniz de Albuquerque Júnior (2011) nos conta que São Paulo era comparado economicamente com os Estados Unidos – uma explicação foi dada: a ‘raça’ paulistana e sua ‘superioridade’ como fatores para o desenvolvimento econômico. O Nordeste (intitulado homogeneamente por muito tempo como simplesmente ‘Norte’) era inferior e naturalmente São Paulo superior. Numa visita a cidade de Juazeiro, o jornalista do Estado de São Paulo, na década de 1920, Paulo de Moraes Barros, considerava a inferioridade do povo como responsável por supostos conflitos, exemplificando até mesmo com características físicas como atributos para situações conflitantes. E uma comparação se fez: São Paulo, nas considerações do jornalista, era unicamente ocupada por uma população com elementos europeus, não havia descrição da presença do povo negro (silêncio?). Não foi somente ele, em mais artigos da época, São Paulo, sob fundamentos eugênicos, tinham, diferente de populações do Norte, uma raça que seria fértil fisicamente e moralmente. O Nordeste daquele momento seria um grande espaço medieval a ser superado pelo modernismo paulista.

A identificação do Nordeste como uma invenção colabora para não deixar as produções soltas e sem situar dentro de um panorama científico edificado por décadas. Mesmo que com o passar do século XX tenhamos dito várias interpretações, tendo destaque as de marxistas e de Gilberto Freyre. O nome ‘Nordeste’ vinha da IFOCS (Inspetoria Federal de Obras contra as Secas). Seria, naquele ano de 1918, uma parte do Norte marcada por estiagens e gradualmente sendo considerada uma área espacial específica do Brasil. A diferenciação espacial não nasce virgem, pelo contrário, vão se elaborando textos, imagens e discursos reduzindo a região em secas. Houve a contribuição de meios de comunicação no sentido de projetar principalmente para sulistas, o elemento das secas, juntamente com a raça, para diferenciar cada vez com mais elementos o Sul do Norte. Apesar de Oswaldo de Andrade ter tentado alertar pessoas do sul

observando a magnitude e diversidade do Recife, por exemplo, o Norte continuou diminuído somente às secas. A subordinação nas estruturas de poder ocorreu quando a década de 1930 trouxe consigo a industrialização e a urbanização proclamando o próprio Sul como centro do país. Já a atribuída única imagem de pobreza: "Isto torna o Nordeste a região que praticamente vive de esmolas institucionalizadas através de subsídios, empréstimos não pagos, recursos para o combate à seca que são desviados e isenções fiscais" (2011, p.88).

Aqui temos espaços e raça.

Se ainda hoje temos um racismo estrutural mediante o qual não podemos desvincular de inúmeros fatores como a colonização, podemos novamente dialogar com Frantz Fanon (2008) quando o autor classifica que a civilização - este arrogante e opressor modelo europeu com pretensões mundiais – como um dos mais responsáveis, bem como seus representantes, pelo racismo colonial. Vale salientar que a própria Europa se estrutura de forma racista, tendo na época de Frantz Fanon, a França como um exemplo de um país que o racismo está no inconsciente coletivo, com a ideia de ‘negro-ruim’.

Em que cenário estivemos (ou estamos)? Num pelo qual se fundou modelos de ser humano e de coletividades ancorados por ideários europeus. Não é demasiado dizer que visualizar como uma única Saúde Mental – a saudável a critérios não plurais, obviamente – tenha encontrado possibilidades de divulgação. O que em si não seria um problema, se com ela não viessem todo tipo de prática estigmatizante e excludente. Frantz Fanon nos alerta como não podemos tirar de foco essa faceta da colonização. Afinal, hipóteses são possíveis para sofrimentos psíquicos dentro de Universidades localizadas no Recife.

Ao analisar com a tentativa de ser contra-colonial, não pude deixar de atentar para a localização das produções, a cidade do Recife. Há uma identificação, nesse sentido, com os anseios de Donna Haraway (1995) quando ela coloca que há um problema a ser resolvido com explicações históricas radicais que compõem pessoas cognoscentes e conhecimentos. Observo como a produção de tecnologias semióticas próprias defendidas por Donna Haraway nos fazer tecer essa localização das produções. Recife, cidade urbana, que poderia ser abordada de muitas maneiras. Enquanto escolha, defendo compreensões sobre cidades no seio dos interesses capitalistas, sob os quais se ergueram e ainda se erguem práticas higienistas, por exemplo.

Território aqui é observado como uma interpretação de um espaço também geográfico e também controlado por certa estirpe de poder: uma compreensão do espaço como algo jurídico-político. Quando falamos dos domínios da UFPE ou do Recife, podemos entendê-los

como essa posição jurídica e política. Essas vias interpretativas nos é profícua para entender mais da relação entre saber e poder, uma vez que o campo do domínio pode representar como há uma gestão, uma política e relações do saber cujas quais, quando precisam ser descritas, remetem exatamente em noções como a de território ou região. Quando procuramos analisar transformações de discursos, as noções de espaços nos permitem mais amplitude no entendimento de como essas transformações se operam através das relações de poder (FOUCAULT, 2013).

Tal como a dissertação de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010), a de Carolina Maciel Fiamoncini (2020), estão situadas numa Recife com inúmeras particularidades, aqui vou escolher a ideia de uma vivência urbana. Para Jouberte Maria Leandro Santos (2017), cidades localizadas no sul têm passado por uma crise estrutural e, com isso, de significados. Os protótipos de modernidade por si só não encontram no ser humano um modelo de construção, por incompatibilidade pois o crescimento é acelerado e descontrolado, criando necessariamente problemas sociais e ambientais para populações. Políticas neoliberais de instituições vêm adentrando em territórios, alterando governanças e projetando cidades segundo seus fins e não segundo ao que é possível ao ser humano e seus contextos.

Luiz Eduardo Pinheiro Sarmiento (2017) ao se debruçar em grandes projetos de urbanização e como os espaços sociais do Recife podem ser usados para silenciamentos e marginalização, nos apresenta um entendimento de higienização, pois o mesmo é relevante para mercados internacionais pelos quais características como pobreza em determinados espaços sociais são negativamente classificados para uma cidade vista como mercadoria. Ambientes estratégicos são criados e com isso uma população urbana é marginalizada e fica à mercê de uma hierarquização de espaços feita pela associação entre movimentação imobiliária e infraestrutura. Certos territórios são valorizados os quais nascem as possibilidades de grupos se apropriarem deste. Distante do assunto do sofrimento psíquico? Não se estivermos pensando unicamente em mente separado corpo e este do espaço.

Esse diálogo sobre Nordeste não está aqui como apenas um exercício historiográfico, igualmente está como algumas articulações possíveis. A primeira é como historicamente situar as produções das autoras. A segunda trata-se dessa própria dissertação, que longe de homogeneizar o Nordeste, entende o que conhecimento científico quanto a sofrimento psíquico na RAPS está numa região com esses marcadores históricos. Com isso, a terceira é como orientar a dissertação a não estar solta, sem tempo e sem pertencer a algumas histórias que não sejam as apresentadas – sim, falar dos internamentos psiquiátricos é um lado, o outro é entender

que a dissertação que fala dessas violações está dentro de uma região não somente natural geograficamente, como também social e política. Não digo sobre quem somos nós enquanto pessoas nordestinas e sim um pequeno esboço sobre o que já disseram da gente.

O que por décadas de ditadura ditou de modo dicotômico os espaços nacionais entre o urbano e o rural, hoje encontram-se com cidades corporativas e espaço urbano tendo a maior parte da população. Não diferente da ditadura, a Ordem e o Progresso (um dos direcionamentos oficiais ditatoriais) continuam sendo localizados nos problemas estruturais brasileiros. Todavia, com uma lupa nas questões das cidades – e aqui tento visualizar a cidade do Recife -, estas podem ser entendidas como vivenciando processos de urbanização mediante os quais oligopólios e grandes empresas transnacionais movimentam os caminhos das cidades através do capitalismo monopolista e financeiro. A modernização urbana contemporânea é baseada no desenvolvimento intermitente de pobreza e de um capitalismo que se mantém usurpando recursos públicos (GONÇALVES et al., 2020).

Higienismo torna-se, num mínimo, um complemento interessante e não apenas quanto a sofrimento psíquico, mas também quanto ao debate colonial no Recife. Em primeiro lugar, a colonização territorial não deixou de construir uma formação territorial baseada na exclusão: cidades assim foram fundadas. Desde esse início tivemos um Recife dominado por classes dirigentes as quais ocupavam os espaços através de uma visão de supostos melhores terrenos e estes com o tempo passaram a serem considerados ‘valorizados’. Parâmetros urbanísticos erguidos pelo higienismo ocorreram e ocorrem numa direção do mito do progresso, retirando territorialidades de locais ocupados por classes subalternas (CASTILHO et al. 2019).

Para Anaísa Ribeiro Amorim e Fernanda Nogueira Campos Rizzi (2017), no início do século XX psiquiatras higienistas compreendiam suas práticas como capazes de intervir para o branqueamento da população identificando de modo patológico o que acreditavam ser atributos psíquicos das populações não brancas. O movimento higienista já estava adentrando em diferentes aspectos da vida brasileira da época. Assim, morar no Recife – mesmo que isso não chegue até você – é morar numa cidade ainda em disputa por espaços e marcada historicamente pelo higienismo.

Se temos um desenho histórico desigual do Recife, não é exagerado observar como a UFPE tem essas marcas em seus discentes, principalmente observando as políticas afirmativas dos últimos anos. Jouberte Maria Leandro Santos (2017) identifica que Recife tem um cenário socioeconômico solidificado com suor e exploração ao longo do tempo. Situando a cidade nos anos de 1960 e 1970, percebemos como o Estado colaborou para uma maior segregação

espacial, construindo entraves infra estruturais para a população mais pobre não ter acesso ao que viria a ser territórios de maior valor imobiliário. Hoje temos até mesmo proximidade geográfica, mas o abismo social continua.

Primeiro temos uma movimentação epistemológica acontecendo e promovendo outras paisagens de linguagem e com ela enunciados novos para composição do consideravam realidade. Conceitos igualmente estão ligadas a ideia de nação e região. Nessa perspectiva, o Brasil, entre os anos de 1920 e 1960, se viu construindo com alicerces de dispositivos de poder uma formação discursiva nacional e popular pela qual nacionalidades possibilitaram uma contribuição para os novos traços que comporiam a história brasileira. Nesse âmbito a ideia de Nordeste vai sendo inventada e não somente a divisão espacial, mas também práticas e discursos que se deslocaram ao longo das décadas. O espaço geográfico, aliás, recebeu e ainda recebe supostas representações que fariam parte de sua identidade, se procurando uma essência. Poderes que edificam saberes quando a essa dita identidade regional que por vezes caí e reduz no estereótipo, localizando a região com periferia, na margem de relações políticas e econômicas. A invenção do Nordeste também se deu no campo audiovisual, em diversas artes, em práticas regionalistas e, dentre outros complementos, em modelos naturalistas e novas óticas quanto ao espaço (ALBUQUERQUE JÚNIOR. 2011).

São de lideranças heterogêneas locais que surgem movimentos, como de Movimento Direitos Urbanos – mais a frente ganharia apoio de outras organizações e professores universitários – contra principalmente o ‘Projeto Novo Recife’, um consórcio entre a Prefeitura do Recife e construtoras como Moura Dubeux Engenharia SA, GL empreendimentos, Ara Empreendimentos e Queiroz Galvão. A real é que a ideia do projeto, nos aspectos majoritariamente negativos, é sobretudo a construção de prédios gigantescos, bloqueando a visão da cidade como enormes falos, dentre outros problemas. De novo: de que serve essa discussão para sofrimento psíquico? Para vermos, a desigual Recife como possibilidade para sofrimento psíquico, para situarmos que viver numa cidade desigual pode ser viver numa ansiedade quanto ao seu espaço social, por exemplo (SANTOS, 2017).

Mesmo que aqui não possamos nos debruçar, vale as análises Luiz Eduardo Pinheiro Sarmiento (2017) do Projeto Novo Recife para nos exemplificar a cidade em disputa das produções. Em resumo, a vivência é de um conflito que tem grupos imobiliários que tentam remodelar Recife, escondendo aspectos tidos como não desejáveis e não deixando aspectos de histórias locais (higienização). Não deixando de haver outros grupos organizados e diversos compondo resistência, percebo como a higienização social no Recife circula entre discursos de

práticas racistas, classistas e autoritárias. A discussão sobre cidade é necessária também pelo valor da memória, uma vez que este oportuniza significados e sentimentos, num fluxo de releituras seja para os espaços materiais e imateriais, com conexões não lineares de passado, presente e futuro. Recomendo, para maiores aprofundamentos e conhecimento sobre o movimento de resistência, Ocupe Estelita, a excelente tese de Luiz Eduardo Pinheiro Sarmento (2017).

Um discurso presente no higienismo é a insalubridade. E o que seria esta no espaço urbano? Para Cláudio Jorge Moura de Castilho et al. (2019) é a presença de populações pobres e outros elementos que seriam entraves numa urbanização filiada aos interesses do capitalismo. Como a autoria bem demonstra, a limpeza da cidade, nesta perspectiva, é relacionada a pessoas e historicamente teve a presença e intervenção de médicos higienistas. Hoje temos ações de resistência como o território do Coque e com isso podemos compreender como o papel dos movimentos sociais podem produzir espaços de mais justiça social com qualidade de vida para construção de valores. Aqui é bom lembrar que termos como ‘higiene’ são usados exatamente para usar do poder atribuído à medicina como uma espécie de pilar mais sólido.

Segundo Jouberte Maria Leandro Santos (2017), Recife tem as marcas de uma urbanização de esteio moderno com práticas sociais de gestão pública com elementos de heranças coronelistas e escravocratas. Quando a supremacia moderna de urbanização causa tanta dor que gera gritos, estes, por sua vez, criam crises e fazem emergir movimentos sociais em prol da cidade. *Mente-corpo-Universidade-Cidade*: parece um novelo, uma integralidade e tenho certeza que você pode pensar em mais camadas. Sofrimento psíquico e Recife para mim pode ser também assim:

Neste processo de “modernização” dos espaços, a cidade foi construída e destruída para dar lugar ao progresso. Ao longo desse processo, a metrópole Recife transformou-se em um caldeirão de frustrações dos habitantes e de demandas não realizadas pelo poder público. (SANTOS, 2017. p. 242).

Como demonstrado, nos últimos anos projetos urbanísticos-empresariais são como motores para a construção de um espaço urbano neoliberal no Recife. E resalto como um desafio ao SUS no que lhe toca. Não interpreto tal afirmação como uma imagem de desconsideração à inerente urbanização, porém, vejo, como coloca (CASTILHO et al. 2019), essas situações trazendo enfraquecimento de classes subalternas situadas em território e suas territorialidades: “[...] quando as pessoas são retiradas dos seus territórios elas perdem parte de suas vidas [...] (p. 60). A comunidade do Coque tem demarcado sua resistência contra uma

racionalidade necessariamente feita para as desterritorializar (inclusive o movimento em prol da comunidade merecia uma dissertação à parte).

O que destaco, então, nesse breve passeio pela urbanização do Recife é que: 1- as produções que analisei são observadas por mim com uma ótica urbana; 2- para situar que Recife urbano é esse, dentre outras interpretações possíveis; 3- ver o espaço do Recife como plural e em disputa; 4- possibilitar observar como o sofrimento psíquico sem nenhum ou pouco destaque nas produções no sentido de debate e entendimentos também pode ter essa camada. Foi rápido, eu sei, mas não falar minimamente do Recife e escolher a ótica urbana foi um desejo que acredito que tenha elos. Se tem espaço ou território, outro elo pode ser feito: Saúde Mental.

Em territórios de cuidado da Atenção Básica, a pessoa também é o centro e não um possível diagnóstico, e aqui estou falando de um contexto no qual o cuidado é ofertado por Unidades Básicas de Saúde pelas quais se consideram diversidades e integralidade. Não abrindo espaços para essencialismo no plano normativo. E vale dizer que mesmo que diagnósticos não estejam no âmago do cuidado não significa que não recebam as devidas atenções. Todavia: “São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade.” (BRASIL, 2013, p. 89). Dentro de um território demarcado pela AB, o cuidado orienta-se não limitado por uma condição pessoal e sim nas relações sociais e nos contextos de vida. E assim concordo na defesa de que território é ainda psicossocial, tendo relevo na construção não apenas no cuidado, mas da própria noção de sofrimento (BRASIL, 2013).

Deivison Faustino (2019) nos diz como é corriqueiro as análises da fragilização de vínculos sociais como resultados de transformações sociais, econômicas e culturais que também gerariam sentimentos de insegurança. Para o autor, temos que lembrar que estamos numa sociedade colonial e, embora em 2019, tenha as marcas do conservadorismo dominante, não é uma questão de conjuntura e sim, mais profunda - colonial. Do ponto de vista das marcas do capitalismo, vivenciamos uma diferença deste para países como a França, pois neste a democracia no âmbito social teve que ocorrer para o capitalismo industrial acionar suas exclusões e violências. Para nós, a colonização foi o alicerce para o capitalismo e as elites surgem como grupos de insetos com perigosos ferrões para ficarem em silêncio com a necessidade da democratização mais ampla. A democracia sempre está oscilando – e aqui imagino o espaço público – e o que se mantém é patriarcalismo, patrimonialismo e concentração de riquezas. Para mim, não é difícil colocar elites do Recife neste contexto.

Por mais que aqui deveria ter mais espaço para discutir o conceito de necropolítica, conceito utilizado por Leandro Augusto Pires Gonçalves et al. (2020), seria fundamental dar maior espaço para o mesmo por ser complexo e merecer um aprofundamento amplo – o que esta dissertação não tem fôlego suficiente. Peço a você, porém, que compreenda que estou tentando não focar unicamente em trânsitos de pessoas por hospitais, mas de elucidar, mesmo que rapidamente, que cidades possíveis são estas. Situar Saúde Mental não parece tarefa fácil, mas necessária. Numa cidade de lógicas especulativas, territórios podem ser usados para interesses de grupos tomados de privilégios, tal como por populações que tentem resistir. A cidade, na compreensão que tive de Leandro Augusto Pires Gonçalves et al., é um espaço pelo qual nós transitamos e que nos transita. É difícil para mim não entendermos certos sofrimentos de grupos sociais, como a população negra, em cidades nas quais a transformação do espaço é excludente. Nas favelas, por exemplo, há uma ficção construída como um espaço ‘inimigo’ do restante da cidade, o que faz das pessoas que as habitam uma vivência de insegurança advinda também do próprio Estado. Extermínios, assim, tornam-se ‘justificados’ para uma segurança de quem habita em outros territórios. E por mais que me localize e defenda a Constituição de 1988 e o SUS, tenho que concordar com Leandro Augusto Pires Gonçalves et al. quando há a apontamento de que tornar legal que Saúde é um direito social universal não representou que o próprio Estado Brasileiro, nas suas diferentes esferas, pudesse desenvolver e estar junto com grupos sociais para continuar tratando esse ‘universal’ com exceções. De forma perniciosa, temos práticas estruturantes que continuam mantendo margens históricas, prejudicando a ocupação da cidade e onde me posiciono: no acesso à saúde. Que cidade do Recife estamos ocupando e como ela nos atravessa?

Uma relação entre branquitude e saúde torna-se então necessária brevemente quando: “Os povos brancos forjaram a noção de raça, mas nunca a aplicaram a si mesmos, dado que a própria noção se fez para marcar o corpo do outro, para sequestrar humanidade do outro.” (GONÇALVES et al., 2020, p. 170). Comungo com essas autorias quando isto abre possibilidades para que o corpo branco continue sendo universal e a norma.

Quando observo o sofrimento psíquico ainda penso em como ele não pode ser universalizado dentro dos serviços de saúde pública, como ele está transitando ante territórios específicos podendo ganhar causas, enfrentamentos, cuidados e acessos a dispositivos públicos de modos diferentes. Normalidade, como destaca Leandro Augusto Pires Gonçalves, é um privilégio branco. O argumento da ‘humanidade’ é o qual repousa há séculos um problema de

normatização e pela qual vejo o sofrimento psíquico como observado entre muros altos o suficiente para não ver todas as camadas sociais brasileiras que o compõe.

Quanto à saúde e ao espaço como discussão, podemos dar as mãos às premissas da AB no que tange a territórios e a organização de serviços de saúde públicas. Existe um momento que AB abraça limites estabelecidos geograficamente para organizar uma cobertura populacional incluindo para questões de Saúde Mental – já que compõe a RAPS. Profissionais de saúde organizados em equipes têm para si esse momento como organização do trabalho e é neste território que vão atuar exercendo suas responsabilidades sanitárias. O ponto é que o SUS também não deixa de enxergar nesse processo que os espaços oriundos de óticas naturais e somente geográficas são limitados a ponto de não criar pilares suficientes para compreensão das relações sociais entre os grupos e assim realizar ações de promoção e intervenção em saúde (BRASIL, 2013).

Podemos defender a relação dos serviços de saúde com cidades e/ou territórios, quando a comunidade é chamada a opinar. A consolidação é necessária para o SUS com a participação de entidades civis que foram se fortalecendo gradualmente e mostraram-se à nível municipal e estadual comprometidas com a Reforma Psiquiátrica em andamento. Em Olinda, por exemplo, nos anos 1990, a Coordenação de Saúde Mental e a Secretária Municipal de Saúde organizaram um diverso ‘Comité de Apoio ao Movimento de Reforma Psiquiátrica de Olinda’ – este não institucionalização, mobilizador de espaços de criação artística, diálogo para defesa de direitos humanos e momentos de discussão para redemocratizar práticas e defender a cidadania de pessoas com problemas em Saúde Mental. As internações, em decorrência da defesa à desinstitucionalização, já estavam diminuindo, embora o número de leitos ocupados era obscuro. O que se mostrou nessa paisagem histórica foi como havia uma preocupação em ter uma Reforma Psiquiátrica observadora de possibilidades e limitações regionais (COUTO et al., 1996); o que não foge os debates de um Recife ainda em disputa – por outros motivos -, mas como o espaço de uma cidade, ou de um estado, ou ainda de uma UFPE, para analisar o processo saúde-doença.

A cidade deve ser vista como um papel também simbólico, o que determinaria uma agenda social mais ampla com composição de políticas públicas (aqui acrescento a de Saúde Mental). Viver num Recife cujo qual patrimônios culturais e os grupos sociais vinculados a estes são estigmatizados e desqualificados torna-se parte de um processo de poderes políticos e econômicos que circundam a cidade. Outrossim, viver no urbano é estar num palco do que se pode ver e do invisível (o simbólico e o cultural, por exemplo, determinam além disso que

Recife é este) (SARMENTO, 2017). Tento aqui uma reação com a ideia do território enquanto lugar psicossocial das pessoas e com o cuidado em saúde pode ter um reforço de sentido para os marcadores culturais, políticos e econômicos (BRASIL, 2013).

Uma menção torna-se obrigatória no sentido de profissionais de saúde que atravessam territórios em disputa como este, já que elas e eles são implicados nas dimensões dos cuidados de usuárias/os e como relação é um dos principais elementos na Saúde Mental. É imprescindível atentarmos a como a todos esses conflitos pela cidade (exemplo aqui usado, mas poderia ser outros) afeta profissionais. Na atuação em saúde os territórios são existenciais também para que nele trabalha. Não obstante, a coesão social enquanto um indicador de saúde de grupos sociais pode ser ao mesmo tempo um demonstrativo de desigualdades sociais, como a socioeconômica, o consumismo, o individualismo, a acelerada urbanização, dentre outras; como também, no que toca a doença e seu cuidado no campo da Saúde Mental, uma ressignificação do sofrimento – já posto nas particularidades desses territórios – pode ser feita juntamente com novas interpretações de estar no mundo de modo coletivo ou individual. O SUS, apesar de não podermos esquecer de entraves na realização de suas propostas, como as precarizações, considera que o sofrimento se produz socialmente e dentro de um território (BRASIL, 2013). Observo como essas considerações da AB são uma das ferramentas nesse panorama urbano excludente, posto que não desconsidera uma cidade em disputa da compreensão do sofrimento psíquico.

Luiz Eduardo Pinheiro Sarmiento (2017) observou Recife como um espaço heterogêneo, diversificado, relacional, e com suas contradições e conflitos. A cidade das dissertações e tese estão num permanente movimento de construção coletiva e individual. Para além de um debate sobre espaços urbanos, demarco como esse território possui marcas no sofrimento psíquico, colaborando assim para não o deixar algemado à dimensão mental. Nossos corpos, como observou Luiz Eduardo Pinheiro Sarmiento (2017) no Ocupe Estelita, eram uma maneira de ver a espacialização do corpo, a cidade está no corpo e este também é cidade. Pensar em corpo e Recife é na minha interpretação possibilitar portas ainda não abertas quanto a sofrimento psíquico e a ocupação dos espaços, é ir dar um salto rumo a incontáveis horizontes de compreendê-lo. Permita que eu traga um ingrediente da saúde pública.

Do ponto da Saúde Coletiva haveria que ter a construção de caminhos para primeiro nos vermos enquanto corpos com movimentos estruturantes, corpos marcados por estruturas e também observar as exclusões e privilégios que nos cercam. Ademais, a ideia que se propaga é a ciência moderna é como uma espécie de entidade: cuja qual deve ser idolatrada por neutra e

objetiva. E novamente: verificar isto não é negá-la. Homens teceram essa ciência e ninguém é neutro na ciência. Outro equívoco é não atentar para que dentro da própria ciência há cientistas com olhar crítico, entendendo como a vida adentra na ciência, bem como em territórios, corpos e tempos (GONÇALVES et al., 2020). E isto também é um problema histórico.

Na análise de Tahiana Alves (2022), no mesmo movimento de políticas sociais de execução descentralizada e colocadas como universais surgindo para acesso de populações historicamente prejudicadas em inúmeros aspectos, uma maré neoliberal cada vez maior ameaça, precarizando-as em favor do capital financeiro. Nos últimos anos, ultraneoeconversadores vêm assumindo esse papel, como parlamentares assumidamente conservadores na gestão da saúde, resultando em mudanças sufocantes para RAPS. Notas técnicas e documentos normativos trouxeram outra roupagem para a Política de Saúde Brasileira. Há um soturno retorno, dessa vez oficial, de modelos manicomialis, pois temos junto, do ponto de vista Legal de serviços substitutivos: “[...] hospitais psiquiátricos, o investimento nas comunidades terapêuticas e a restauração de hospitais-dia e de ambulatórios psiquiátricos – todos serviços de base não territorial e não comunitária [...]” (2022, p. 12).

A sociedade brasileira, se ainda vista como colonial, é atravessada por uma naturalização das desigualdades, por trajetórias excludentes, por concentração de terras e rendas. O ponto, se estamos falando deste Recife de Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) e Carolina Maciel Fiamoncini (2020), é como identificar essas dimensões dentro de um olhar contra-colonial contra práticas elitistas que aqui inclui a ocupação do espaço urbano. Elites, como já demonstrado, não têm compromissos com democracias amplas, e como diz Deivison Faustino (2019): “[...] a relação das elites com o restante da população é quase sempre marcada por uma combinação entre a violenta negação substancial de direitos e a negação formal desta mesma violência.” (p. 88). Violências estruturais e desigualdades matam, enquanto farsescos quadros de harmonia e felicidades são expostos (novamente, aqui não deixo de pensar na urbanização do Recife dos últimos anos) (FAUSTINO, 2019). Penso nas pessoas entrevistadas por Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) ou até mesmo pessoas que continuam adentrando no HR por tentativas de suicídio. E em que cidades elas vivem? Numa cidade de patéticas e comuns torres gêmeas, no mesmo movimento de populações em tensão pela defesa de seu espaço, por exemplo.

Continuemos.

Além das áreas de concentração em que estão, Maria Cláudia da Cruz Pires (2010) e Carolina Maciel Fiamoncini (2020), cada uma ao seu modo, estão em assuntos correspondentes

ao SUS e este procura ter várias direções, refinadas ao longo do tempo. Não obstante a presença de equipes multidisciplinares na maioria dos dispositivos, temos uma correspondência com territórios que por mais que mereçam horizontes mais amplos, penso nas contribuições contra-coloniais dentro do movimento de ações. Procurei deixar que não podemos esquecer de como estamos numa sociedade racializada, colonial e marcada – nesse sentido falei do Recife e UFPE – de tensões urbanas. O SUS já se coloca como amplo e apenas coloquei como seu papel deve estar presente com os feminismos contra-coloniais.

Como todas tenham o suicídio como um dos assuntos ou o principal, dia 20 de janeiro de 1920, Lima Barreto (2017) nos conta:

D. E. Veio o corpo de bombeiros, com uma escada, para tirá-lo de cima do telhado. Ele partiu as telhas e pôs-se a atirá-las em cima do povo que assistia o espetáculo do lado da rua. Não parece intimidado. Está seminu e, apesar de saber perfeitamente que está tomado de loucura alcoólica, de pé, na cumeeira do pavilhão, destinado à rouparia, como que vi, naquele desgraçado, a imagem da revolta. Esse acontecimento causa-me apreensões e terror. A natureza deles. Espelho. (p.99)

A situação descrita demonstra, no meu olhar, alguns elementos presentes: o corpo de bombeiros (representação da cidade), a população presente, os efeitos do álcool – droga lícita – as interpretações de Lima. Barreto (2017) observando uma tentativa de suicídio parece demonstrar uma amplitude quanto não somente ao trecho, mas as várias características sociais presentes. Vemos uma cidade: cuja qual já interveio com a internação, agora quer evitar a morte e Lima enxerga uma revolta e um espelho. Adentro de como o contra-colonial, e não somente no período histórico narrado, pode não apenas ter análises semelhantes, como também uma postura profissional contra-colonial hoje no SUS pode intervir de modo semelhante, sempre assegurando o direito à vida, mas entendendo, sem romantizações, a revolta e o espelho. Esse espelho que nossos trabalhos e sim, uma dimensão das nossas Universidades, podem borrar ou limpar com álcool em gel. Entretanto, o lugar de Lima era dominado pelas psiquiatrias. E agora é o momento: vamos dialogar mais para percebermos como o sofrimento psíquico pode ser compreendido de modo contra-colonial.

7 GAIOLAS EM BUSCA DE PÁSSAROS: PSIQUIATRIAS, RAPS E O CONTRA-COLONIAL

No dia 07 de junho de 1958: “Eu sei que eu vou morrer porque a fome é a pior das enfermidades [...]” (JESUS, 2014, p.33)

Já Franco Basaglia (1985) nos conta de um manifesto de artistas franceses do movimento ‘revolução surrealista’ e endereçado a diretores de manicômios lhes dizendo: “Amanhã, na hora da visita, quando, sem o auxílio de qualquer léxico, tentardes comunicar-vos com esses homens, possais vós lembrar, e o reconhecer, que sobre eles não tendes mais do que uma única superioridade: a força”. (p.113-114)

Os trechos acima encontram-se presentes por nos contribuir com vias interpretativas como, em primeiro lugar, a ideia de ‘enfermidade’ pode ser ampliada e compreendida por diversas pessoas. Carolina Maria de Jesus ao considerar a fome uma doença põe em relevo uma sociedade intencionalmente fracassada para determinados grupos populacionais, baseada numa exclusão social a qual não oportuniza o mínimo para uma vida (vale a lembrança que fome continua sendo ‘entrada de diários’ para milhares de pessoas). Há camadas sociais que desde as lúgubres continuidades da colonização possuem uma força e neste capítulo – aludindo agora ao trecho de Franco Basaglia – é também sobre a presença ainda de forças. Os próprios artistas surrealistas nos lembram dessa força que provoca superioridade. Dentro da paisagem costurada por Carolina, este capítulo pensa também nessas forças e não só coloniais, como contra-coloniais para a Saúde Mental.

7.1 O NECESSÁRIO BADALAR DA DEFESA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E DA RAPS: OUVINDO AS VOZES DA TERCEIRA E ÚLTIMA PRODUÇÃO PSIQUIÁTRICA – ALGUMAS MÁSCARAS RUBRAS DO ESTIGMA E LOCALIZANDO RECIFE

Vera Lúcia Dutra Facundes (2010) diz que escolheu a pesquisa qualitativa porque nela as pessoas interpretam suas experiências, referências para ações são construídas por interações no cotidiano e nas instituições, tendo influência a relação entre valores e ações, por exemplo. Durante a época de sua pesquisa, há um pertinente panorama traçado: 5 hospitais psiquiátricos

no Recife comportando 1049 leitos; 17 CAPS distribuídos em 6 Distritos Sanitários; ambulatórios especializados de Psicologia e Psiquiatria em Policlínicas; 11 residências terapêuticas; 38 usuários no Programa de Volta para Casa. Vera Lúcia Dutra Facundes escolheu um CAPS recifense, com histórico de ter sido o 5º CAPS da cidade a procurar descentralizar a assistência, qualificar a atenção e diversificar meios terapêuticos de atendimento. A autora utiliza publicações do serviço para apresentá-lo, demonstrando uma preocupação em como o CAPS se posicionou e se posiciona nos processos de desinstitucionalização.

Dentre os participantes da pesquisa, estavam usuárias/os nos regimes de atendimento avaliados por profissionais com organização mental e com capacidade de cognição – considerado do ponto de vista clínico. Familiares responsáveis e profissionais integrantes do CAPS também fizeram parte. A pesquisa de campo, como chama Vera Lúcia Dutra Facundes (2010), foi com observação participante, cuja qual: 1- a aproximação, verificando expectativas e resistências; 2- acesso a documentos oficiais da instituição os quais tinham histórias do CAPS para ter uma visão ampla; criação de um diário de campo; sistematização dos dados para posterior análise e assim desenvolver informações; entrevistas foram feitas como uma das formas de suprir possíveis limitações da observação participante.

Primeiro, Vera Lúcia Dutra Facundes (2010) observou, de setembro a dezembro de 2008, as Assembleias e os Grupos de Familiares, depois atividades como visitas e triagens. As entrevistas, semi-dirigidas, objetivavam a horizontalidade, a flexibilidade, ocorrendo entre novembro a dezembro de 2008: 4 profissionais, 2 familiares e 2 usuárias/os. Seis perguntas de direção prévias eram abertas e eram sobre o CAPS. Tendo como exemplo: “Como o CAPS vem ajudando usuários e famílias? “De que forma?” ou “Que aspectos da assistência no CAPS você acha que precisaria melhorar? “Que sugestão você daria?”; o número de participantes foi considerado significativo pela autora por considerar que possíveis acréscimos não seriam significativos; entrevistas eram gravadas e no final de cada se oportuniza a escuta para quem participou e a soma ou retirada de alguma informação. Lembrando que a Pesquisa também é documental, sendo no caso dela com livro de Atas, projeto técnico, documentos e relatórios. Para a análise de dados se usou a Análise de Conteúdo e a Análise Temática.

Vera Lúcia Dutra Facundes (2010) faz uma forte defesa de modelo assistencial proporcionado pelo CAPS, ampliando suas análises para a Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Pernambuco. A autora tece ao longo de toda sua tese movimentos que ocorrem no CAPS, tais como acolhimento, o caracterizando como o momento não só da chegada da/o usuária/os, mas por vias democráticas sua inserção no serviço e posterior reinserção social. De modo ético e

resolutivo, o acolhimento é uma prática de saúde e deve funcionar como uma diretriz dos processos de trabalho. Deve haver escuta qualificada, pactuação coerente, responsabilização. Postura ativa de profissionais no mesmo compasso de respeito a singularidades e liberdade. Vínculo implica envolvimento de subjetividades; acolher rompe com burocracias, torna o serviço flexível a diversidades; além disso, diferente da burocracia, necessidades subjetivas não podem ser controladas (acredito que faltou muito de práticas análogas para as/os discentes da UFPE pesquisadas/os por Carolina Maciel Fiamoncini (2020)).

Este é um dos inúmeros pontos que demonstram como a tese dialogou com a RAPS. A autora compôs sua obra repleta de trechos de falas ou relatos completos de profissionais, usuárias/os ou familiares, percebendo os desafios que o serviço de saúde tem, tal como sua diferença do Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano. Para ela, por exemplo, ‘Doença Mental’ objetifica quem é diagnosticado, a diferença nasce de sucessivas materializações desta diferença através da comparação temporal antes da ‘doença’. Ou seja, a diferença da estranheza e do desconforto entre saúde e doença – embora também traga posicionamentos como o de seu orientador, Othon Bastos, enfatizando a dimensão orgânica como uma das composições.

Mesmo reconhecendo as mudanças da inserção de seus parentes no serviço, familiares tinham solidificado a ‘doença mental’ e até ações diferentes de seus entes eram fruto dela, prejudicando assim a identidade social. Para usuárias/os, o modelo psicossocial mudou entendimentos sobre sofrimentos provenientes da ‘doença mental’, já que é transitório as expressões, necessitam de cuidado e podem ser recuperadas. Saúde tem uma noção de liberdade, autonomia. Porém, dentre os desafios de profissionais, havia ainda ações de controle e manutenção de modelos tradicionais tendo a pessoa como objeto.

Nos ‘Apêndices’ da tese, temos o ‘Apêndice A’ com o artigo ‘Atenção à Saúde Mental em Pernambuco: perspectiva Histórica e Atual’ de autoria de Vera Lúcia Dutra Facundes, mas também de Othon Bastos, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos e Ivo de Andrade Lima Filho¹² com discussões concernentes ao primeiro capítulo da tese ao tratar da perspectiva histórica da Saúde Mental, se transformando em uma das bases para essa discussão desta dissertação. No ‘Apêndice B’, por sua vez, há um Modelo da grelha de análise, a qual Facundes colocou num quadro como organizou seus dados. Nas colunas por ordem estavam: 1- ‘Questão Norteadora’; 2- ‘Transcrição das Falas’; 3- ‘Núcleos de Sentido’; 4- ‘Trechos da Entrevista’, 5- ‘Codificação (Confronto I)’ e ‘Subcategorias (Confronto II)’; 6- ‘Categoria Central/Temáticas (Confronto

¹² Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6064295904436578>

Final)'; e no final um lugar separado no final da linha para 'Síntese' (contextualização). Ficou compreendido que a autora utilizou as linhas como uma forma de organizar os resultados destas colunas.

No 'Apêndice C' e 'Apêndice D' temos os TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) específicos e, por fim, no 'Apêndice E' há o artigo original fruto da primeira categoria – fruto da análise de conteúdo feita pela autora no quarto capítulo - que foi encaminhado para a Revista *Salud Mental* (México), seu título é 'O Cuidado em Saúde Mental: a Experiência de um Centro de Atenção Psicossocial', escrito por Vera Lúcia Dutra Facundes, Othon Bastos e Maria Gorete Lucena de Vasconcelos.

'Sofrimento' aparece 18 vezes ao longo da tese, em diferentes momentos, sejam nas discussões ou mesmo na análise dos depoimentos. Mesmo não havendo conceito, Vera Lúcia Dutra Facundes (2010) nos proporciona uma alusão direta do sofrimento nas experiências de estar num serviço de saúde da RAPS, muito embora tenha lacunas ainda a serem preenchidas. Na obra da Terapeuta Ocupacional sofrimento estaria nas vivências das pessoas e, especialmente, quando o CAPS é comparado com instituições de internações manicomiais. É admirável como ela aponta questões diversas sobre 'doença mental', mas dá mais espaço a como o sofrimento – mesmo não destinando espaços teóricos para ele, já que não estava nas suas objetivações – é acolhido na RAPS.

A RAPS foi instituída para pessoas que estivessem vivenciando sofrimento ou transtornos mentais, bem como quem tivesse necessidades oriundas de usos com crack ou outras drogas. A Rede se localizou no âmbito do SUS. No seu terceiro artigo podemos ver como a mesma procura ampliar, dentro dos seus objetivos gerais, o acesso da população em geral, como também de pessoas com diagnósticos de transtornos mentais (tal como suas famílias). Além disso, temos por direito uma cobertura – do ponto de vista Legal – com uma articulação e integração no que tange a pontos onde ficam atenções à saúde; é acentuado a presença do território, como também de que o acolhimento, acompanhamento e atenção sejam qualificadas (BRASIL, 2011).

A RAPS foi desenvolvida num longo período de andamento da Reforma Psiquiátrica, cuja qual teve nos anos de 1980 um aumento da participação social, a proposta era assumidamente radical e crítica para termos uma sociedade sem manicômios. Pouco a pouco houveram mudanças nas políticas de Saúde Mental continuando com a preocupação de posturas contra modelos biomédicos psiquiátricos. Não teria sido possível serviços como o CAPS, de esteio comunitário, sem a Lei Nº 10.216 de 2001, conhecida por Lei de Reforma Psiquiátrica,

isto porque a reorganização ou transformação não devia ocorrer apenas em serviços, estruturas e tecnologias, mas de não permitir a lógica manicomial, já que o cuidado em territórios possibilitaria novos horizontes. Com isso, regulação assistencial como o da Portaria 3088/2011 é pertinente para minimamente termos acesso a cuidado nas perspectivas de equidade e integralidade (SILVA et al., 2021)

Disposto no seu 2º artigo estão as diretrizes da RAPS, as quais algumas que aqui merecem destaque, como a equidade, representando um passo – mesmo que de certo modo ainda carente de maiores ampliações – de determinantes de saúde. Os direitos humanos são os primeiros mencionados, pois teriam relação com a liberdade e autonomia das pessoas. A assistência deve ser multidisciplinar na ótica interdisciplinar, abrindo portas na postura Legal para ações em saúde que ultrapassem nossos muros formativos – o que tem significado quando há em outra diretriz a necessidade de diversificar as estratégias de cuidado. Quando também se coloca como caminho a ser seguido que a atenção deve ser centrada nas pessoas, não se pode deixar de aludir de como há brechas para pensarmos em práticas não centradas em diagnósticos ou em alguma área do saber. Cidadania também é acenada para pensarmos nas práticas nos territórios – e nestes com participação para controle social de usuárias/os. A formação de profissionais deve ser permanente e o combate aos preconceitos e estigmas igualmente estão postos (BRASIL, 2011). Visto Legalmente podemos ter instrumentos que podem nos ofertar belas melodias de interpretação do sofrimento e, como mencionado, não apenas nas estruturas (nelas também), mas em ações. O sofrimento estando instituído e presente nessas diretrizes não é sintetizado numa fórmula medicamentosa ou em parâmetros observacionais convencionalistas psiquiátricos, ele é cidade, corpo, cidadania, singularidade.

Alexciane Priscila Silva et al. (2021) abrem reflexões pertinentes no que toca a limitações e problemas, tendo como foco Recife. A cidade ainda tinha em 2015 ressonâncias de uma rede assistencial construída por décadas dentro de um dos maiores contextos manicomiais do Brasil. Com a Lei de Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização foi proporcionada especialmente na imagem de dispositivos extra-hospitalares; para a autoria, ademais, gestão de caráter popular e municipalização dos serviços colaboraram. Porém, Alexciane Priscila Silva et al. partem de uma pesquisa com variados resultados, dentre eles, está quando há insuficiência de algum serviço, como o CAPS. O CAPS é um serviço extra-hospital que, uma vez ausente, pode colocar em risco o retorno de ações de cunho segregador, sem esquecer que Recife não alocou os recursos do fechamento de leitos em rede psicossocial.

Alexciane Priscila Silva et al. (2021) defendem a RAPS no Recife em diferentes caminhos. Um deles é de apontar a necessária diferença que deve existir entre a importância de um CAPS, incluindo no acolhimento ao sofrimento, e no outro de gestões municipais acharem que o serviço representa totalidade. É necessário rede, compartilhamento, articulação. Conquanto, Recife investiu em ambulatório e estes, por mais que tenham sido incorporados a RAPS em legislações posteriores, têm outros mecanismos de cuidado, podendo haver o risco de assumir uma posição manicomial centrada na psiquiatria, individualização e medicalização, se não houve reestruturação psicossocial. A Atenção Primária em Saúde, especialmente as Unidades de Saúde da Família que cobre todos nós, a acessando ou não, seriam primordiais na Saúde Mental, sendo possível o convívio entre especialidades, vínculos, pactos de responsabilidades entre comunidade e profissional e relações de cuidado em saúde, sobretudo com os territórios em foco (SILVA et al., 2021). O objetivo foi apresentar algumas posições Legais e direcionar para Recife (cidade de todas as produções que analisei). A RAPS do Recife, neste breve esboço, pode ser uma forma de colocarmos como mesmo diante conquistas históricas Legais, ainda podemos e vamos enfrentar entraves e bloqueios em Saúde Mental que não sejam manicomiais. Os manicômios ainda estão presentes, de sutis formas variadas no Recife, e observar a RAPS é uma das formas de chegar a essa hipótese.

Como o combate a estigmas está no corpo da RAPS, vale uma lembrança proporcionada por José Euclimar Xavier de Menezes e Denise Neves dos Santos (2012) quando temos o risco da associação do diagnóstico psiquiátrico com identidade, pois isto leva a uma redução de pessoas em sofrimento psíquico a doença, lhe tirando cidadania e lhe impondo uma verdade vestida de estatuto. Mas nesta discussão não é ‘apenas’ isso. Todo estado de saúde taxado como doença não é universal, são sociais, culturais e históricas. A fluidez do tempo e do espaço se mostra presente. O diagnóstico da psiquiatria, se demarcando como científico, tende a causar diferença, deixando aberto para que perfis sejam construídos. O nome, a classificação e o novo cotidiano, por exemplo, são construídos e marcados por quem compara objetivamente com a lupa da suposta razão: práticas exercidas desde os primeiros alienistas como Pinel até, sob outros moldes, por psiquiatras contemporâneos. O que ressoa como um novo espelho que imediatamente ou gradualmente vai lhe proporcionando outras visões de si, sempre diferentes e aqui: dentro dos grupos de ‘não são’.

Do ponto vista histórico, os hospitais psiquiátricos do século XIX foram se resignificando como espaço de produção de verdades, onde a doença era produzida e revelada. Eram espaços de descobertas, de tirar quem supostamente era taxado como doente de qualquer

composição de análise externa. Se firmam as classificações e os diagnósticos como próprios destes lugares fechados, sendo o médico aquele que tem o saber sobre a doença e no mesmo movimento a capacidade de produzir verdade sobre ela e a fazer se manifestar via ‘verdades’ previamente demarcadas. Dos isolamentos às duras punições, a figura do médico conduzia o espetáculo para uma verdade sobre a doença se manifestar. Uma verdade que, independentemente da pessoa, já existia e era universal (FOUCAULT, 2013).

As classificações diagnósticas contemporâneas deixam implícita ou explícita uma autorização para tecer identidades com descrição de características que uma pessoa tem para o trânsito no meio social. Vamos lá. O problema consiste que essa identificação pode ser de diminuição de sua individualidade e as variações simbólicas e sociais cujas quais pertencem a categoria na qual a pessoa foi direcionada podem levar para o caminho de estigmas. Voltemos ao diagnóstico: este é uma diferença e pode gerar desigualdade que, mesmo não sendo supostamente intencional, tem na sua composição um discurso médico-psiquiátrico. A categoria que a pessoa pode levar para sua identidade pode ser de grupos historicamente marcados por processos de desigualdades sociais (MENEZES E SANTOS, 2012). Acredito que não está na maioria dos seus assuntos conversar sobre doenças ou transtornos mentais. Mas vejo – e assumo que posso estar errado – que existe uma diferença, e concordo com José Euclimar Xavier de Menezes e Denise Neves dos Santos que depende de inúmeros fatores, quando alguém diz que está com uma severa gripe e outra diz que continua convivendo com depressão grave. Não se trata de uma mensuração, mas de defender que a hipótese é que são campos distintos, ambos com historicidade diferente.

José Euclimar Xavier de Menezes e Denise Neves dos Santos (2012) nos contam que estigma foi oriundo de uma prática grega antiga a qual era de apontar ou visualizar alguma marca no corpo de alguém para diminuí-la/o do ponto de vista moral. O pertinente é que são as pessoas que não tinham essa marca e como representavam a normalidade. Se há estigmas em adoecimentos ou sofrimentos em Saúde Mental, estes também dizem muito sobre quem os reproduz: nos cruéis internamentos nasceu os estigmas da pessoa internada não ser produtiva e não capaz. Discriminações podem acontecer – acrescento aqui as que acontecem com a vivência de sintomas e antes de qualquer diagnóstico e também de pessoas que conseguem viver no solitário silêncio, tendo que esconder os picos de ansiedade, por exemplo, com um objeto cortante na perna enquanto acontece uma aula remota: e é um silêncio de proteção, pois a descrição de certos sofrimentos somente narrados graficamente para serem entendidos. José Euclimar Xavier de Menezes e Denise Neves dos Santos me apresentam esse risco do

diagnóstico, função da RAPS, defendida também por Vera Lúcia Dutra Facundes (2010). Como compreendo a pluralidade de psiquiatras acredito em práticas amenizadoras quanto à construção de estigmas. Entretanto, devido à possibilidade, arrisco dizer que o diagnóstico psiquiátrico é também uma ferramenta de cuidado, um afago de elucidação necessário quando feito com responsabilidade, mas igualmente pode ser uma ferramenta estigmatizante.

7.2 AS RUIDOSAS, PORÉM, SILENCIOSAS, PENDULARES PSIQUIATRIAS: NA DOENÇA SOIS O ALIMENTO, NA SAÚDE CLIENTE EM POTENCIAL

Vera Lúcia Dutra Facundes (2010), sendo assim, pode ser um ingresso na nossa jornada final de elencar sofrimento psíquico dentro da RAPS com os feminismos contra-coloniais. Para tanto, é necessária uma pergunta: falamos de Recife aqui, mas que Psiquiatria é esta? A psiquiatria do Posneuro é o foco na busca por conceitos de sofrimentos psíquicos. Logo outra pergunta terá que conduzir a pesquisa: Quais são as psiquiatrias pernambucanas? Fugindo de um eixo Sul-Sudeste, quais as particularidades da nossa? Até o momento apresento óticas que buscam um esteio historiográfico como para ir cimentando compreensões do presente. Trago posicionamentos da UFPE, ora do próprio Posneuro, ora da pós-graduação em História.

O Hospital da Visitação de Santa Isabel, em 1864, passou a ser primeiro oficial no que tange a Saúde Mental, depois o Hospital dos Alienados, a chamada ‘Tamarineira’ que não demorou a enfrentar superlotação devido às exclusões sociais. Ulysses Pernambucano é convocado, promovendo mudanças, formas variadas de internações e departamentos, cujos quais foram fruto de um Decreto de 1931 que criou a ‘Divisão de Assistência a Psicopatas’ – esta, por sua vez, dividida em 4 possibilidades: 1- serviços para ‘doentes mentais’ considerados à época não alienados, tendo ambulatório e Hospital Aberto; 2- serviços para os tidos como alienados, mediante os quais as pessoas poderiam vivenciar o Hospital para doenças agudas e a Colônia para doentes crônicos; 3- o Manicômio Judiciário; 4- os Serviços chamados de Higiene Mental, formado por prevenção de ‘doenças mentais’ e o Instituto de Psicologia (FACUNDES, 2010).

Segundo Bruno Marcello Mendonça Nascimento (2007), o serviço de Higiene Mental, aqui destacado é colocado com uma fala de Ulysses, demonstrando sua preocupação com o teor científico segundo os tidos problemas regionais. O higienista da época se afasta, em tese, da prática médica para promover exatamente higiene, quando esse movimento chega aos médicos há assim absorção das preocupações higienistas. Na sua descrição, esse serviço, cujo qual me

atraiu pelo nome é posto com inúmeras possibilidades, destaco como as ações fizeram parte de inquéritos sobre o que se chamava de ‘cultos-afrobrasileiros’. José Lucena, um dos assistentes de Ulysses, dizia que Higiene Mental não se localizava apenas em condições psicológicas, mas também em sociais.

De acordo Vera Lúcia Dutra Facundes (2010), institucionalização e maus tratos marcaram essencialmente hospitais psiquiátricos. Em Pernambuco as ações de Ulysses Pernambucano desde os anos de 1930 ampliaram e modificaram o cenário de saúde mental com um modelo assistencial que teve influência no decorrer do século XX. A redução de leitos psiquiátricos e a implantação de uma rede não centradas em hospitais na região metropolitana do Recife, para ela, é vivenciada tanto pela construção assistencial de diversos setores e seus desafios, como pela a tradição histórica novamente para a rede de Saúde Mental.

Vou pedir licença para situar brevemente Ulysses. Segundo Vívian Matias dos Santos (2021), o desenvolvimento urbano e industrial brasileiro foi racializado, predominantemente no Sul e Sudeste, o trabalho assalariado regulamentado e protegido, por sua vez, não foi oportunizado para pessoas negras e indígenas. Com isso, as relações de produção eram racializadas por uma lógica colonial dentro de uma relação entre a política de branqueamento da população e migração, já que aos brancos e europeus foi oportunizado o trabalho assalariado. Isso não é bastante, a década que Ulysses mais atuou, é mesma na qual Getúlio Vargas que expressava não tolerar racismos entre grupos sociais dentro no Brasil (para não macular a imagem do Brasil), mas era simpatizante de objetivos eugênicos. Objetivos de branqueamento da população brasileira, ideias eugênicas circulando, sejam bem vistas ou não, miscigenação como uma das forças para o branqueamento, trabalhos precarizados (para dizer o mínimo) para a população negra: eis a principal década de atuação de Ulysses. Não estou, necessariamente, criando elos, apenas me posiciono de forma a não deixar Ulysses Pernambuco distante de uma conjuntura nacional. Nesse momento, até para mais uma vez exercitamos que não vemos neutralidade na ciência, essa história é uma amostra que como conhecimento científico pode estar vinculado a diretrizes governamentais sejam de classes populares ou dominantes, tal como defendermos “[...] que a política científica acompanha um processo racializado e racista de consolidação do capitalismo no país” (MATIAS DOS SANTOS, 2021, p. 35).

Os efeitos de Ulysses anunciados por psiquiatras pernambucanas/o é nítido, o que me chamou a atenção foi sua presença como um cânone e aqui é momento de vermos a dimensão histórica contada por uma historiadora.

Durante o período de 1930-1945, a historiadora Concepta Padovan (2012) nos elucidava muito do que estamos discutindo sobre cidade, por exemplo. O período é marcado por um ideário de nação edificado também em comparação ao corpo, sendo possíveis experiências corporais múltiplas, como o entendimento do urbano marcado por distorções. No caso de Pernambuco tivemos profissionais da urbanística e engenheiros debatendo reconfigurações para o Recife falando de corpo e vendo, os até então chamados de mocambos, como desordem para uma cidade que estava se urbanizando. Na associação com o corpo havia discursos como hereditariedade, temperamentos e maneiras de viver transformando os espaços em organismos vivos em busca de ordem. A psiquiatria, considerada como tendo saberes úteis à época, teve presença com prevenção e controle de quem estava em lugares ou grupos considerados de risco.

Isto pode ser visto como uma nota de rodapé para algumas pessoas, mas vale a presença aqui, já que Ulysses estava em concordância com as teorias de Bénédict Morel, o qual trouxe a ideia de degenerescência moral devido a questões do meio. A doença era tanto física como de personalidade, podendo assim ser também hereditária ou/e do meio. O Recife de Ulysses, com seus serviços, devia ser tratada com preocupações psiquiátricas, com o corpo da cidade podendo estar enferma. A questão é o que baseava o psiquiatra e todo o arcabouço que fundamentava suas ações. A ‘Liga de Higiene Mental de Pernambuco’, um dos serviços, em 1937 criou uma diretoria composta por mulheres para ações quanto a problemas que as mulheres deveriam estar preparadas para atuar supostamente naturais e saudáveis as mulheres (PADOVAN, 2012).

A relação ou influência da eugenia que se alastrava pelo Sudeste é uma questão aqui que não pode ser esquecida. Havia na psiquiatria pernambucana uma relação não direta com projetos de cunho eugênicos, como a ideia de ter ações civilizatórias no interior do estado e publicações sobre eugenia no Boletim de Higiene Mental dentro de Pernambuco. Campos de atuação, como o papel das mulheres, as crianças e o trabalho eram reduzidos a uma função social da qual não se podia fugir da ‘normalidade’, pois deveria promover felicidade e saúde. Um exemplo mais específico: ‘crianças anormais’ eram uma preocupação da Liga Brasileira de Higiene Mental, esta, diferentemente, assumidamente eugênica, e Ulysses criou uma escola para ‘crianças anormais’ – cuja qual não teve longo tempo, mas indica o quanto a psiquiatria pernambucana, assumindo uma preocupação regional, teve sim práticas eugênicas as quais não se pode tecer se as pessoas a frente estavam seguindo um percurso nacional tido como verdade ou concordavam (PADOVAN, 2012).

Durante sua internação no Rio de Janeiro, Lima escreveu:

Na minha convivência, ou melhor, nas minhas convivências com loucos, dois ou três vi chorar. O tal rapazola da cama, à esquerda da minha; e um outro, na janela do salão de bilhar, quando delirava.

Alguém repreendeu-o por isso, mas ele, com propriedade e urbanidade, respondeu: — O senhor nada deve observar-me, porque não sabe quais são os meus sofrimentos. (BARRETO, 2017, p. 91)

A análise do escritor é direta, o interno em questão estava bem o suficiente não unicamente para responder a uma repreenda quanto a um simples e complexo choro, como para provocar, deixando margem para interpretações como quando ele diz “sofrimentos”: o plural da palavra é desconcertante e demonstra o quão pessoas internadas tinham seus sofrimentos e estes eram abafados no processo de internação. Ademais, fica explícito o quanto de histórias por trás daquela resposta brotavam e estas certamente não eram consideradas. O que fica é quanto hospitais psiquiátricos tendem a mascarar ou negligenciar os sofrimentos, seja nas narrativas que o compõem ou nas suas expressões.

Para Concepta Padovan (2012), Recife seguiu, não somente as práticas mencionadas, mas a assistência, ao que vinha sendo feito pelo país (São Paulo e Rio de Janeiro) – tal como nos relatos de Lima Barreto, por mais que estes nos proporcionem mais no sentido das relações na internação. Médicos daqui utilizavam técnicas para além de uma adequação e suposta prevenção, mas também nos tratamentos. As pessoas que transitavam pelo Recife, com a urbanização em aceleração, passaram a ser vistas com o binômio saúde-doença e um corpo humano que poderia adoecer e aí a psiquiatria teve seu papel marcado (e expresso um posicionamento que não a reduz a ações eugênicas). O que Concepta Padovan aponta é que a presença de Ulysses é muito mais complexa do que um homem que inovou estruturalmente, mas que seu contexto nos diga mais, do que necessariamente o que ele fez. Inclusive discutir sobre cidade e Saúde Mental é histórico e deixo as palavras da historiadora para percebemos grandes nomes se erguem em detrimento de análises como estas:

Tal posicionamento, apoiado por artigos em jornais e outras publicações mais específicas da área médica, era elaborado por urbanistas e psiquiatras, e apontavam todos numa mesma direção: Recife assemelhava-se a uma “menina”. Além disso, sua condição de “saúde” não era das melhores, pois seu “perfil feminino”, extraído do ritmo cotidiano e principalmente da crescente movimentação de mulheres engajadas nas “futilidades urbanas”, era o mesmo de uma moça “mal educada e cheia de vontades” (PADOVAN, 2012, p. 275)

Falemos de contemporaneidade. Allen Frances (2016), na sua fala enquanto médico e pessoa participante da equipe de elaboração do DSM-IV, alerta para que chama de “inflação diagnóstica”, sendo esta uma construção de transtornos mentais para conflitos, em tese, típicas à vida. Os transtornos mentais, dentro dos parâmetros mais coerentes, seriam incomuns,

atingindo 5% a 10% das pessoas. Para o médico, transtornos mentais deveriam nascer através dos diagnósticos de forma explícita e severa, não cabendo que problemas sociais sejam medicalizados ou diagnosticados. Allen Frances diz que a psiquiatria não é responsável pela invenção dessa inflação de diagnósticos nas nossas vidas, sendo outros campos da medicina a chegarem primeiro na corrida ao proporcionar teoricamente incontáveis sintomas de doença ao nosso corpo. Nas palavras de Allen Frances: “Não apenas reduziria o sofrimento humano, como também economizaria dinheiro” (2016, p. 106).

O DSM-V, publicado em 2013, teria sido posto como uma vitória para as postulações diagnósticas na psiquiatria, gerando, entretanto, fraturas de teor epistemológico. Isto porque fazia um bom tempo que a psiquiatria buscava verdades fundadas em marcadores biológicos, o que instauraria uma inscrição biológica dos transtornos. O DSM-V foi jogado ao mundo com modelos de diagnósticos convencionais, previamente estabelecidos, postos em movimento com observação das narrativas, de sinais, sintomas e evolução – o que por si só não basta para reivindicações que estes diagnósticos sejam naturalistas ou biológicos. Dessa forma, não é ofensivo dizer que o DSM aguarda avanços em pesquisas, sendo considerado provisório e precário (PEREIRA, 2014).

Antes mesmo, a psiquiatria ao longo do século XX tem no seu contorno os avanços de medicamentos junto com o campo da epistemologia. A centralidade em medicamentos e junto com a epistemologia estadunidense focada nos diagnósticos procuraram produzir conhecimento, sem conseguir, apesar das tentativas perpétuas, etiologias, fadando em reproduzir padrões convencionalistas (SILVA JUNIOR, 2016). Nesta gandaia de mal gosto, Mariama Augusto Furtado (2014) nos lembra que o sofrimento passa por patologizações com dimensões de caráter higiênicos, a medicalização da vida é também para medicalizar com propósitos econômicos e políticos. Um resumo possível seria que enquanto doutores procuram suas etiologias, inflações de diagnósticos esperam nas nossas portas.

Mas Mario Eduardo Costa Pereira (2014) subsidia o ideal procurado pela psiquiatria. Por que transtornos mentais e não doenças? Doenças dentro das especialidades médicas contemporâneas devem:

[...] ser claramente delimitadas em termos de patologia biológica, com uma história natural típica, evolução previsível, uma etiologia positiva descrita em termos da biologia, ou seja, através de marcadores biológicos capazes de estabelecer um grau elevado de certeza diagnóstica e de orientar o prognóstico, bem como as melhores abordagens terapêuticas. (PEREIRA, 2014, p. 1038)

Aqui então coloco que o excesso de diagnóstico é um problema e um problema da psiquiatria é pesquisar para chamar de doença. Certamente ‘doença mental’ não é um termo

morto – ser chamado de “doente mental” dói, lhe garanto -, mas tecnicamente “transtorno mental” é o termo mais próximo.

Ao público em geral, a narrativa de desequilíbrios químicos foi propagada sem comprovação. Qual seria o papel de pesquisas farmacêuticas dentro de uma indústria em crescimento? Identificar as classes dos medicamentos e como elas elevam ou reduzem o nível neurotransmissores cerebrais. Aí entrava a função da comunicação de informar que as pessoas que usavam essas medicações sofriam anteriormente do oposto no que toca a como estava o neurotransmissor. Os remédios não normalizam, mas sim transformam, o que chega ao público são os casos de melhora: “Na medicina interna, os médicos dispunham de seus antibióticos, e agora os psiquiatras também poderiam ter suas pílulas “antidoença” (WHITAKER, 2017, p 91).

Mario Eduardo Costa Pereira (2014), por outro lado, acredita em caminhos possíveis, nos dizendo que a psiquiatria, mesmo assim, não está em posição de fragilidade frente a outras especialidades médicas, pelo contrário, seria ela que poderia questionar o que seria patológico, não reduzindo este a nosologias. Ou seja, a psiquiatria tem um potencial localizado no diagnóstico psiquiátrico que pode gerar outros frutos. Além disso, Mario Eduardo Costa Pereira enfatiza como seria bom casamentos da psiquiatria com, por exemplo, psicanálise com questões antropológicas. É pertinente ver como a psiquiatria também está em plurais movimentos.

Mas vou seguir com as críticas.

O rápido diálogo com Michel Foucault (2013) pode trazer frutos quando falamos de diagnósticos. Para o mesmo, séculos construíram práticas científicas e discursos filosóficos sobre verdade enquanto acontecimento. A verdade era suscitada, previamente produzida, partia de uma estratégia de poder. Outrossim, tecnologia e seus instrumentos passaram a procurar a verdade sem distinção de tempo e lugares. Foram as navegações que possibilitaram uma virada, pois o universal viajou junto dentro de uma tecnologia que representava a verdade – esta passou a ser uma imposição em outros lugares e para quaisquer pessoas. Foi o momento que a verdade somente se apresentava e se representava, pois já havia sido solidificada.

Franco Basaglia escreve:

É HABITO NOS HOSPITAIS psiquiátricos concentrar os pacientes em grandes salas de onde ninguém pode sair, nem mesmo para ir aos sanitários. Em caso de necessidade o enfermeiro vigilante aperta uma campainha para que um segundo enfermeiro venha buscar o paciente e o acompanhe. A cerimônia é tão demorada que muitos doentes acabam fazendo suas necessidades ali mesmo. Essa reação do paciente a uma ordem desumana é interpretada como ‘ofensa’ dirigida ao pessoal médico ou como expressão do seu grau de incontinência, que é um resultado direto da doença. (BASAGLIA, 1985, p. 99)

De um lado temos essa verdade demonstrada pelo Michel Foucault que pairou como um duro vigia na produção de conhecimento e nas relações sociais, do outro temos essa verdade não chegando a quem não está no que o autor chama de “poder-saber”: como o estado, as normas de produção e a universidade que ele chama de mercantilista. Doenças, loucura ou crime que foram colocados dentro de campos do conhecimento, como a psiquiatria e a criminologia como matrizes e capazes de manifestar essa verdade. Para ele, prováveis crises dos campos de conhecimento são nesse contexto crises do próprio conhecimento, das regras que regem a suposta ideia de sujeito e objeto. A verdade não se aplica a quem recebe diagnóstico psiquiátrico porque essa pessoa foge do poder-saber (FOUCAULT, 2013).

Segundo Robert Whitaker (2017) ao escrever sobre psiquiatria e psicofarmacologia em territórios estadunidenses verifica que lá a psiquiatria tida como moderna teve início dos anos de 1950 com o avanço de medicações como Amplictil e Prozac que promoveriam uma nova era para a psiquiatria. O que Robert Whitaker acena, porém, é como houve um aumento vertiginoso de problemas mentais crônicos, o que não poderia acontecer com avanço da produção de medicamentos. O jornalista utiliza dados do Seguro Social norte-americano, cujo qual tem casos cronificados e sem condições para o trabalho. 1,4 milhões de pessoas, entre 18 a 64 anos, recebiam pensão do governo federal devido a transtornos.

As medicações, dentro de manicômios nos anos de 1960, agiam na ansiedade de internas/os e tinha o simbolismo da ansiedade da cura pretendida por ansiosos médicos que não conseguiam uma linguagem comum nos atendimentos. Não era a doença que se mudava e sim a atitude nas relações médicos e doentes (BASAGLIA, 1985). O acesso a psicoativos ainda está associado aos esteios científicos do diagnóstico psiquiátrico. Quando uma concepção cartesiana busca razão orgânica em problemas de cunho mental (embora não se tenha explicação casual e paralelismo orgânico para transtornos mentais), se instaura a redução de problemas, como os causados por trabalho precarizados, aos sintomas e estes tecem a compreensão de transtorno mental como as doenças em geral. Esta mesma posição científica torna-se mais problemática quando chega em pessoas em vulnerabilidade social, pois a reprodução desta via interpretativa varia seu poder excludente a depender de códigos linguísticos e culturais. E a medicação torna-se para muitos grupos sociais o único recurso acessível (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

Byung-Chul Han (2017) defende que o século XXI será marcado por um cenário do que ele chama de ‘doenças neurais’. Para ele, os processos de adoecimento são marcados por estados de patologias devido ao excesso de positividade, uma tipificação de violência marcada pelo superdesempenho, supercomunicação e superprodução. A sociedade do cansaço é uma

sociedade ativa marcada pelo doping para ter como esteio o maior número de possibilidades para melhorar cognitivamente, através dos quais são vivenciados estados psíquicos ordenados pela positividade em abundância com “sim” sendo regra. Estar num cansaço, ou com limitações para fazer atividades de trabalho, é ressignificado se pensarmos neste com uma roupagem da negatividade, o que significaria um “não-para” alguma ação. São dias livres e com liberdades com constituição de “não”, de “parar” em tempos intermediários, de fugir temporariamente da positividade e do “sim” a tudo. Por mais que Byung-Chul Han parece estar num cenário diferente, não é estranho quando examinamos quem pode ter algum lucro ou ganho com os apontamentos do autor.

Dois caminhos interpretativos podem ser seguidos: 1- seria pior sem a psiquiatria essa epidemia de medicamentos receitados também por psiquiatras; 2- que as causas biológicas para transtornos mentais ainda não foram descobertas e “[...] os medicamentos psiquiátricos vem alimentando a epidemia de doenças mentais incapacitantes [...]” (WHITAKER, 2017, p 29). De acordo com Robert Whitaker (2017), o campo da pesquisa em medicina historicamente chamou de ‘pílulas mágicas’ fármacos como os antibióticos, oriundos de um processo que conhecimento de uma ávida necessidade social. Em suma, primeiro conhecer a doença e depois as medicações. Já a psiquiatria, até mesmo quando ficou conhecido como ‘revolução psicofarmacologia’, não havia pesquisas científicas de anormalidades no cérebro ou processo de patologia. Entre 1954 e 1957 sabia-se como acalmar pessoas em hospícios, mas não os fatores biológicos nem da calma, nem da fúria.

Allen Frances (2016) nos diz que a indústria farmacêutica é bem articulada quanto a marketing e lobby. Segundo ele, cerca de sessenta bilhões de dólares todo ano são usados na venda de produtos e nas relações com representatividades políticas. Não obstante, a indústria tem se intrometido e sendo invasiva no que se chama de “empreendimento médico”, influenciando não só decisões, mas as produções de conhecimento. São variados os métodos de divulgação, passando por televisão, cretinas formações para profissionais de medicina e estudantes, assim como utilização de redes sociais. “E a melhor forma de vender medicamentos psicotrópicos é vender sofrimentos psiquiátricos” (FRANCES, 2016, p. 121-122). Os fabricantes, numa alusão exagerada minha, parecem observar os cenários de Byung-Chul Han (2017) e como o próprio Allen Frances defende, estão à espreita observando a demografia do adoecimento, do sofrimento.

Ademais, flertes com a Sociedade Americana de Psiquiatria datam da década de 1970 e até então representantes da indústria farmacêutica apresentam exposições nas reuniões anuais,

assim como estavam dentre os patrocinadores de eventos. Em 1980 a união foi se consolidando com a APA, cuja qual permitiu o patrocínio de simpósios científicos, que com o tempo até mesmo a indústria poderia levar especialistas para as apresentações. A porta que se abriu não se fechou mais: financiamento de psiquiatrias em hospitais; apoio financeiro para pressão pelos interesses da psiquiatria no Congresso norte-americano; treinamento sobre ‘Comunicação’ eram organizados pela APA para as empresas farmacêuticas, milhões de dólares doados, mediante os quais a Sociedade Americana de Psiquiatria conseguiu um prédio novo em Washington em 1987. Psiquiatras porta-vozes da indústria tinham que ser seletivos, se eximindo de falar em público de efeitos adversos das medicações (o seletivo silêncio). Dos anos 2000 para cá temos um ‘aperto de mãos’ mais forte, produzindo conjuntamente artigos científicos e promoção de fármacos. (WHITAKER, 2017)

No que concerne ao diagnóstico psiquiátrico e epistemologia, fico, por fim, com posições semelhantes a de Nelson da Silva Junior (2016). A psiquiatria utilizou historicamente de uma base teórica para gradualmente assumir uma posição menos crítica e reflexiva e mais baseada em empirismo, naturalização e conjunto de sintomas e quantidades e durações dos mesmos. As reorientações epistemológicas da psiquiatria se fazem presentes em suas produções, são nelas, por exemplo, que patologias são organizadas segundo sintomas que desaparecem, de preferência, no efeito de medicamentos de ação neuroquímica. O que parece haver é um debate quanto à presença ou ausência de coerência nesses sintomas. O sofrimento psíquico, reiterando, reduzido conceitualmente como disfunção de ordem orgânica, naturalizado, pode recair na despolitização.

Em decorrência do recorte temporal escolhido, um apanhado conjuntural seria essencial. Nesses tecidos argumentativos que tento costurar um quadro mais específico pode ser desenhado, já que durante os anos de 2019-2022 houveram afrontas contra a Saúde Mental. E demonstrar como um processo de acentuação de fragilização pode ser pertinente para vermos como a vulnerabilidade do campo ganha mais espaço para discursos/práticas manicomiais coloniais. Além de tudo, um outro apontamento se faz necessário, pois se pensamos numa psiquiatria ‘do passado’, uma psiquiatria do presente no que tange aos seus posicionamentos políticos seria importante para situarmos de outra forma a área que essa dissertação partiu e se encerrará.

Em 2021, cerca de 75% da população brasileira expressava pensar sobre saúde mental, em 2020, por sua vez, o próprio Ministério da Saúde em meio a pandemia afirmou que 86,5% de pessoas viviam alguma ansiedade, tal como 45,5% vivenciava o estresse pós-traumático e

16% de depressão grave. O pior no sentido de desmonte havia acontecido em 2019, com a Nota Técnica Nº 11/2019 que promoveu o disparate de não considerar mais serviços como substitutivos, não fechando mais nenhum ‘serviço’. Logo, a RAPS passou a ser constituída pelo Hospital Psiquiátrico e as Comunidades Terapêuticas. Dentre as possibilidades, desta vez mais fundamentadas legalmente, estavam a internação de crianças e adolescentes (atingindo diretamente a Lei 10.216), incentivo também ao uso da Eletroconvulsoterapia (ECT) (SIQUEIRA, 2021).

O até então presidente Bolsonaro alterou a Lei de drogas, Nº 11.343/2006, facilitando a internação Involuntária de pessoas e fortalecendo as Comunidades Terapêuticas, estas sendo tendo se erguido em maioria por grupos privados que podem ter a sua disposição dinheiro de cunho público para ‘tratar’, a portas fechadas, pessoas com problemas de dependência química sob a utópica lógica da abstinência, como se pudéssemos viver numa sociedade sem drogas, sem falar que as pessoas necessariamente ficam em isolamento. Uma nota tem que ser feita: comunidades terapêuticas majoritariamente se organizam com uma base cristã de ‘tratamento’. Isso tudo foi um resumo frente uma conjuntura social que por quatro anos estruturalmente favoreceu o que por décadas foi pauta das lutas sociais pela Reforma Psiquiátrica: trazendo uma atmosfera hospitalocêntrica e com mais métodos de violação de direitos. Hospitais psiquiátricos continuam sendo uma demanda a ser enfrentada e o governo Bolsonaro demonstrou como esse assunto ainda pode ser trazido à tona, nos atacando, ferindo cidadanias, acreditando em utopias conversadoras, internando amplamente (SIQUEIRA, 2021). Por mais que a Reforma Psiquiátrica tenha nos proporcionado transitar por Recife, por exemplo, sem cruzarmos com tantos Hospitais Psiquiátricos, Bolsonaro e seus aliados contribuíram ainda mais para que outros sorrateiros possam estar cada vez mais próximos de nós, esperando nossa vez.

Ao procurar posicionamentos da psiquiatria, fui ao site da APA (Associação Brasileira de Psiquiatria) e encontrei em ‘Notas Oficiais’ uma que me chamou a atenção, a qual me fez buscar mais informações e encontrei a matéria de Fernando Pardal de 2020. A nota em questão foi ‘Nota de esclarecimento: fake news e revogação das portarias relacionadas à Saúde Mental’¹³. A relação da psiquiatria com governos ou entendidas diz respeito à própria categoria. Enquanto usuário de RAPS, a questão para mim é apresentar, colocar peças de um quebra cabeça interminável na mesa, pois o assunto está em movimento. Digo isso porque o problema era se ou não, a APA estava apoiando o governo Bolsonaro.

¹³Site:https://c37608a6-858c-4b26-95a4-9702498763e6.usrfiles.com/ugd/c37608_980528086c8d4b60b8e224f33f6fb747.pdf

Em 2020, a APA junto com AMB (Associação Médica Brasileira) e o CFM (Conselho Federal de Medicina) lançaram um documento intitulado “Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil”. O mesmo possui 34 páginas de propostas dessas entidades. Alguns posicionamentos ficam nítidos a olhares mais críticos, como uma ridícula preocupação com a uma desvalorização do saber psiquiátrico, a defesa de hospitais psiquiátricos. Nada de novo no front. O que temos é um ataque ao CAPS apresentando problemas, por exemplo, de uso de recursos financeiros. Ademais, há uma menção ao que seria ideologias postas como irresponsáveis como fruto de problemas apontados. Antônio Geraldo da Silva, presidente da APA na época, teria dado declarações à Folha de São Paulo expressando suas preocupações com as Portarias dos serviços de saúde e que o CAPS não existiria em outros lugares do mundo (PARDAL, 2020).

O documento da APA pode ser interpretado como uma tentativa de retrocesso, uma contribuição ao que o governo Bolsonaro já vinha tentando. Esse posicionamento da psiquiatria e das outras entidades foram chamadas de ‘revogação’ numa alusão ao que objetiva a RP. O conteúdo, dentre os quais estão suas propostas para os serviços, são uma forma de possibilitar uma fusão de âmbitos privados, como de associações e entidades como a de medicina e psiquiatria no âmago da política de Saúde Mental. Em si, podemos ver como esses escritos da APA são fruto de um momento de aberturas para certos posicionamentos psiquiátricos e fechamentos para outros de posturas mais antimanicomiais (OKA; COSTA, 2022).

Enquanto podemos chamar de precarização, Antônio Geraldo da Silva chama de ausência de mais lugares para internação psiquiátrica no que toca ao adoecimento da população em privação de liberdade. Sim, a gestão pode mudar. Sim, mais o que esperar da psiquiatria? O que trago é um momento da psiquiatria, numa nota oficial e com falas de uma pessoa a qual podemos não podemos deixar de classificar como posicionamento frente a um momento de aumento do desmonte da RAPS. Defendo que apresentar problemas na rede de atenção psicossocial não é o mesmo que implicitamente quer seu retrocesso para um domínio, como também é colocado, de ambulatórios e espaços hospitalares. As lacunas da execução do SUS devem ser apontadas ou até melhorias no seu avanço. O que temos no momento foi fruto de conquistas de pessoas que não acreditam que isolar populações em situações de rua ou do sistema prisional pode ser um caminho para uma sociedade menos adoecedora (PARDAL, 2020).

Não podemos esquecer, todavia, que entre passado e presente temos psiquiatriaS. O movimento destas nos atinge diretamente ou indiretamente.

7.3 O LEITO QUE SOMOS E O LEITO QUE OCUPAMOS: ANÁLISE DE CITAÇÕES PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO, REFORMA PSIQUIÁTRICA E SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONTRA-COLONIAL

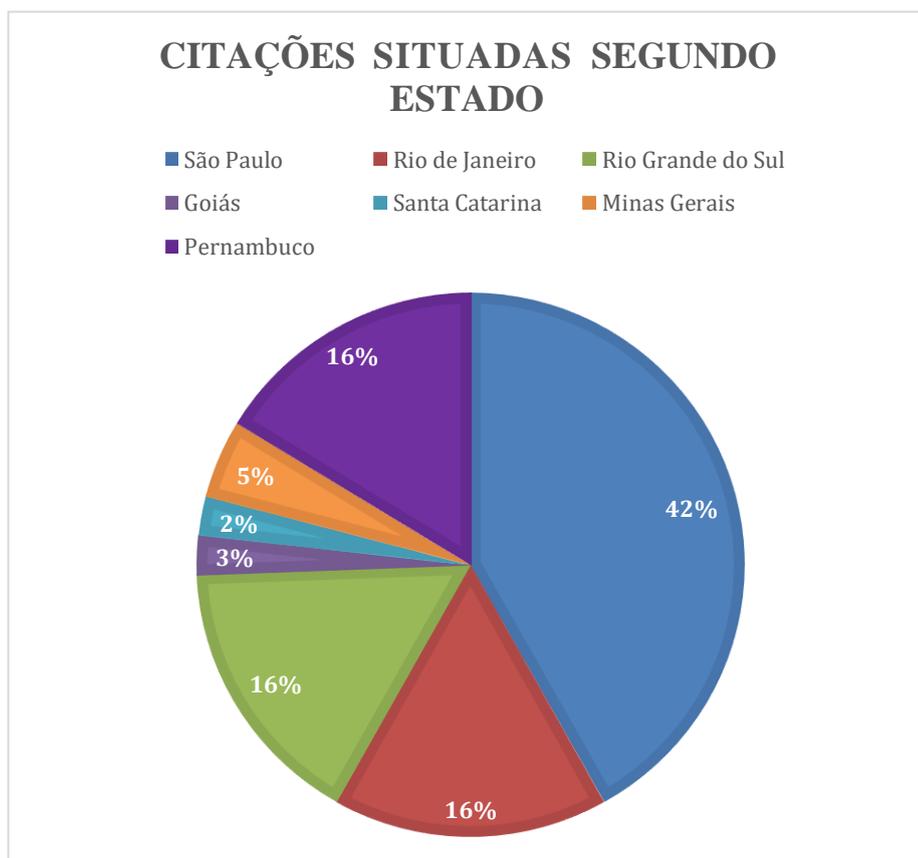
No dia 23 de maio de 1958:

Levantei de manhã triste porque estava chovendo. (...) O barraco está numa desordem horrível. E que eu não tenho sabão para lavar as louças. Digo louça por hábito. Mas é as latas. Se tivesse sabão eu ia lavar as roupas. Eu não sou desmazelada. Se ando suja é devido a reviravolta da vida de um favelado. Cheguei a conclusão que quem não tem de ir pro céu, não adianta olhar para cima. E igual a nós que não gostamos da favela, mas somos obrigados a residir na favela.
 ...Fiz a comida. Achei bonito a gordura frigindo na panela. Que espetáculo deslumbrante! As crianças sorrindo vendo a comida ferver nas panelas. Ainda mais quando é arroz e feijão, é um dia de festa para eles. [...] (JESUS, 2014, p. 42-43)

A entrada de diário acima nos mostra um Brasil que persiste e exemplifica os momentos de alegrias de Carolina. A questão no início é que a mesma nos apresenta uma orientação, segundo suas próprias observações, da vida de alguém que vive numa favela, tal como o que para ela e seus filhos representa festa: comida. Iniciei esse ponto da dissertação com ela por indagar que pessoa, com o chamado nível superior, teria o poder apurado e vívido de analisar o contexto de Carolina? Certamente, produções existem até para não permitir que qualquer sinal de esquecimento de sua experiência (incluindo essa própria dissertação), mas unicamente ela foi capaz de nos fazer abrir as páginas e sentir o anseio, os medos, os sofrimentos, as análises da sociedade e o pavor quanto à ausência de comida. Por mais relevante que sejam, uma interrogação que fica é: Como referências bibliográficas acadêmicas dão conta das nossas experiências de sofrimentos?

Maria Cláudia da Cruz Pires (2010), no que concerne às referências bibliográficas postas contêm 177 autorias, compostas por 111 em (ou de) língua inglesa. Foi perceptível o uso da Associação Americana de Psiquiatria 28 vezes em diferentes momentos – particularidade desta dissertação que saltava aos olhos e improvável de não de ser destacada. Na América Latina, tirando o Brasil, 3 publicações Mexicanas e uma Argentina. Sobre Brasil, tal como nas outras autoras, a obra de Maria Cláudia da Cruz Pires foi vista com o prisma de não quantificar traduções de obras literárias/filosóficas clássicas, como Émile Durkheim e Sigmund Freud; e outras de domínio público como o DSM IV e posicionamentos da OMS. Sendo assim, abaixo segue uma espécie de localização de suas referências em território nacional:

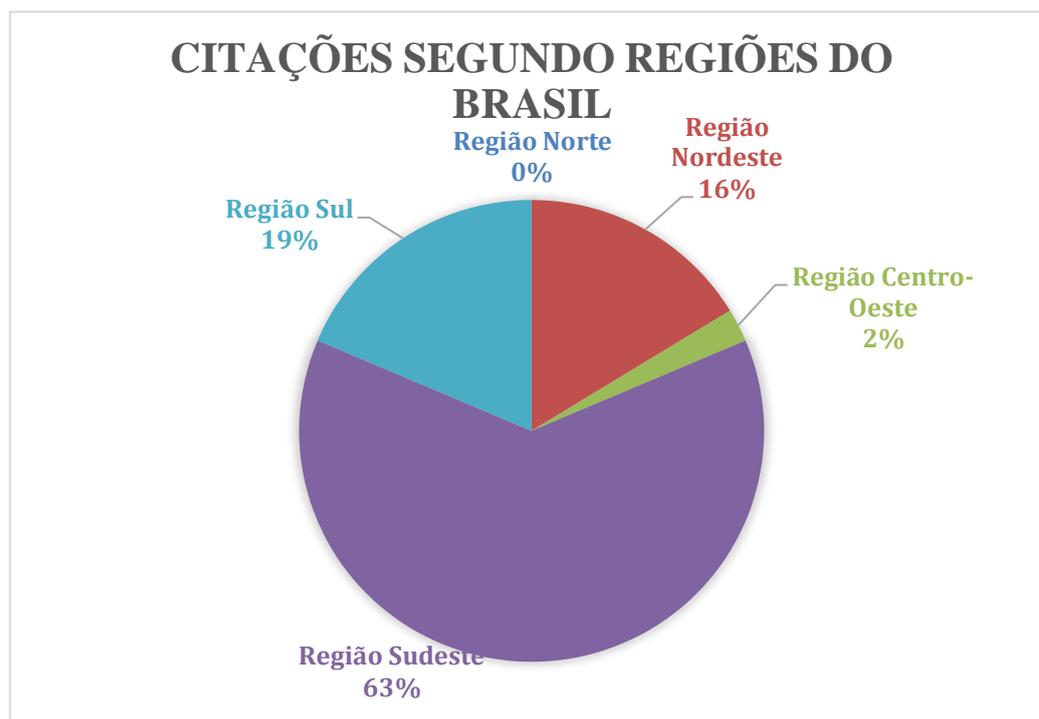
Gráfico 1: Análise de citações de Pires (2010) segundo Estados



Fonte: o autor, 2023.

No Gráfico 1, vemos que Maria Cláudia da Cruz Pires desenvolveu suas argumentações com referências de seis Estados Brasileiros, a saber com calculadas porcentagens usadas da maior quantidade para a menor: São Paulo (42%); Pernambuco (16%); Rio de Janeiro (16%); Rio Grande do Sul (16%); Minas Gerais (5%); Goiás (3%); Santa Catarina (2%).

Gráfico 2: Análise de citações de Pires (2010) segundo Regiões

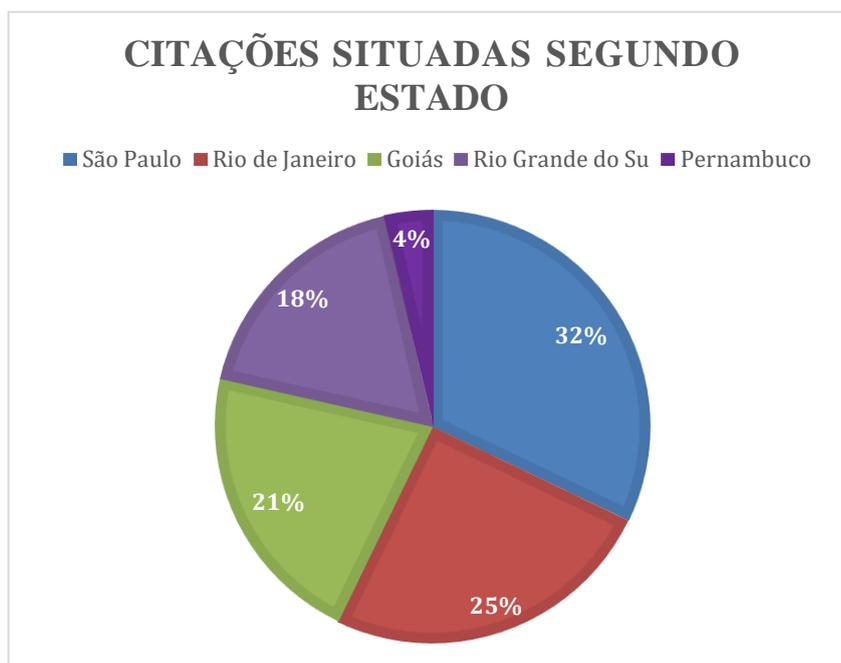


Fonte: o autor, 2023.

Já no Gráfico 2, observo como Maria Cláudia da Cruz Pires tem sua obra situada segundo Regiões: não houve presença de referências da Região Norte; a Região Sudeste teve a maior porcentagem de uso de referências, com 63%; a Região Sul com 19%; a Região Nordeste, por sua vez, apareceu com 16% da porcentagem; e a Região Centro-Oeste com 2%.

Quanto a Carolina Maciel Fiamoncini (2020), a autora utilizou 160 referências, destas, 108 foram em (ou de) língua inglesa. Com exceção do Brasil, há uma publicação de origem colombiana. Sobre publicações brasileiras, retirando traduções de obras filosóficas, Carolina Maciel Fiamoncini usou 22 publicações brasileiras. A seguir o mesmo esquema de visualização colocado para Maria Cláudia da Cruz Pires.

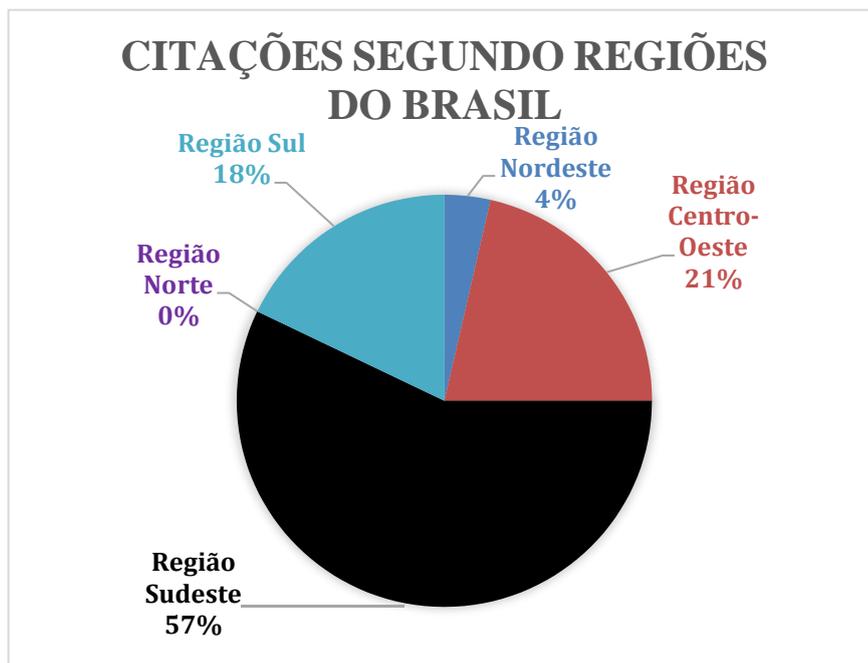
Gráfico 3: Análise de citações de Fiamoncini (2020) segundo Estados



Fonte: o autor, 2023.

No que diz respeito a Carolina Maciel Fiamoncini, a pesquisadora utilizou referências de 5 estados (Gráfico 3). Proporcionalmente: 32% de São Paulo, sendo a maior concentração de referências; Rio de Janeiro com 25%; Goiás com 21%; Rio Grande do Sul com 18%; e com menor proporção de uso Pernambuco (com 4%).

Gráfico 4: Análise de citações de Fiamoncini (2020) segundo Regiões

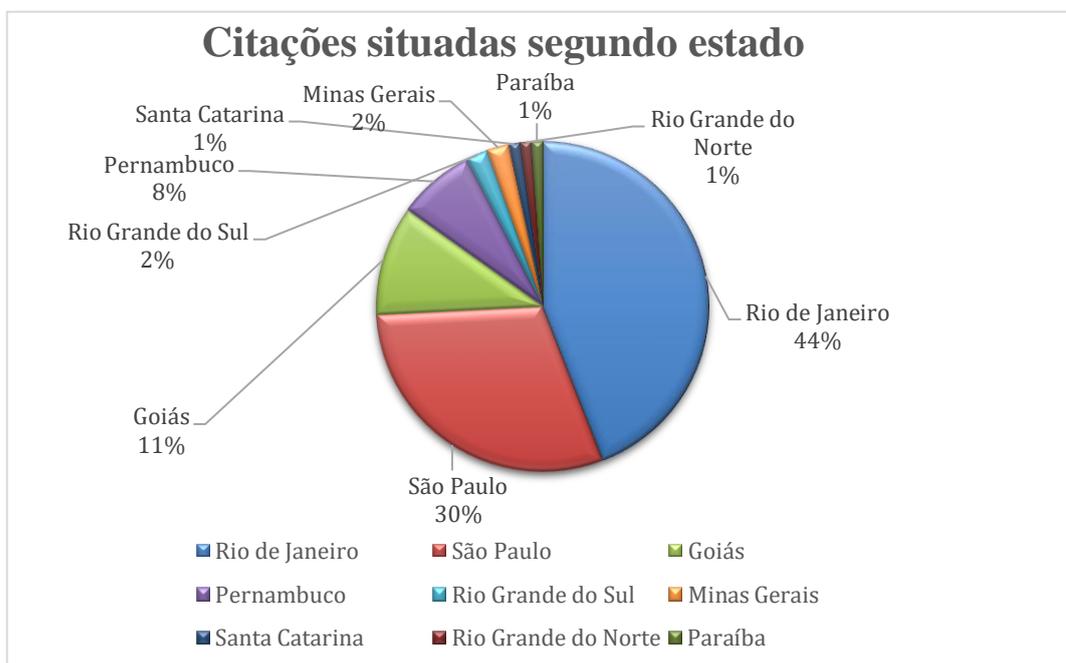


Fonte: o autor, 2023.

Quanto às Regiões (Gráfico 4), as referências de Carolina Maciel Fiamoncini se localizam: na Região Sudeste com 57%; na Região Centro-Oeste com 21%; na Região Nordeste com 4%. Não há referências da Região Norte.

Vera Lúcia Dutra Facundes (2010) seguiu um caminho diferente, tendo 105 referências, das quais 4 estavam em (ou de) língua inglesa. Além do Brasil, uma referência mexicana e 99 publicações brasileiras (deixando de lado traduções de obras clássicas). À nível de visualização de localização segue abaixo:

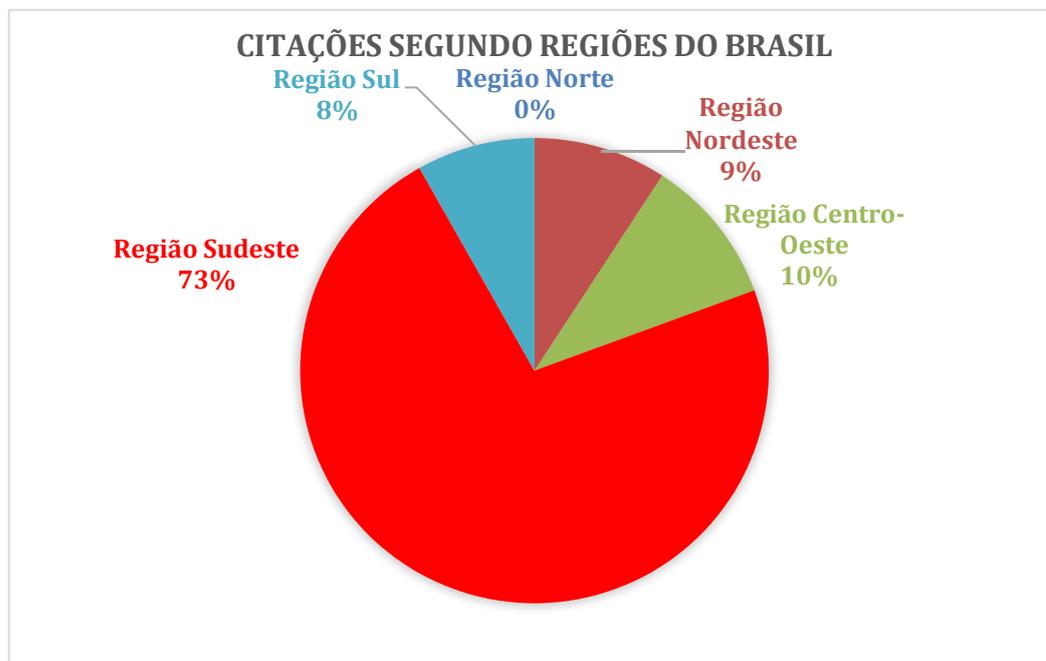
Gráfico 5: Análise de citações de Facundes (2020) segundo Estados



Fonte: o autor, 2023.

Vera Lúcia Dutra Facundes, no que concerne a utilização de referências e sua localização por Estados (Gráfico 5), assim foi observado: Rio de Janeiro representou a maioria das referências com 44%; São Paulo com 30%; Goiás com 11%; Pernambuco com 8%; Rio Grande do Sul e Minas Gerais cada um com 2%; com 1% estão Santa Catarina, Paraíba e Rio Grande do Norte.

Gráfico 6: Análise de citações de Facundes (2010) segundo Regiões



Fonte: o autor, 2023.

No Gráfico 6, as referências da tese de Vera Lúcia Dutra Facundes são observadas por Regiões: Região Sudeste com 73%; Região Centro-Oeste com 10%; Região Nordeste com 9%; Região Sul com 8%; e não há referências da Região Norte.

Por vezes o método utilizado era ir nas revistas ou periódicos referenciados e buscar seus lugares de origem, o que contribuiu mais em publicações brasileiras. Sendo assim, embora essa dissertação tenha que assumir essa lacuna, não se trata apenas de onde as autorias são e sim onde elas tiveram que publicar. A diferença entre Vera Lúcia Dutra Facundes e Maria Cláudia da Cruz Pires e Carolina Maciel Fiamoncini pode ser vista com o tema de suas obras, mas também nas formações destas: as duas primeiras oriundas da medicina e a terceira é uma terapeuta ocupacional. Seria irresponsável da minha parte tecer comentários sobre escolha de referências, tanto por respeito à área como por esta dissertação não escapar de alternativas hegemônicas postas no campo do conhecimento.

Entretanto, preocupações se mostram presentes quando vemos a Região Norte não estando presente e como podemos sim falar de desigualdade no campo de conhecimento. O que foco é que temos o posicionamento do Posneuro e das autoras em alguns momentos de suas produções de preocupação com as questões regionais; ademais, mesmo sem posicionamentos direcionados a sofrimentos psíquicos, temos uma base de conhecimento trazida, ou

majoritariamente, em obras em língua inglesa ou do Sudeste do país. A questão sem resposta que fico – incluindo no uso de referências desta dissertação – é quanto aos limites que esses abraços epistemológicos nos acalentam frente às necessidades, como ditas brevemente, de uma UFPE, uma Recife e RAPS pernambucanas. Vívian Matias dos Santos traz elucidções.

A base urbana-industrial também interfere na oportunidade de produção de conhecimento. Segundo Vívian Matias dos Santos (2021), as regiões que possuem historicamente um protagonismo nos processos de urbanização e industrialização (e com produções atentas ao mercado) recebem maiores recursos do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), a saber, Sul e Sudeste, em 2020 com 78,2% do financiamento. Centro-Oeste, Norte e Nordeste com 21,76% juntas também em 2020. Por isso que tentei o elo acima: não tem como não situar as dissertações e a tese numa colonialidade do poder interferindo nas oportunidades de produção de conhecimento. É inerente para uma análise contra-colonial, da qual nem a psiquiatria escapa.

Além disso, no que diz respeito a fatores históricos, fatores essencialistas por boa parte do século compuseram as óticas das regiões. A inteligência estaria no Sul, enquanto o Norte teria a imaginação. Era como uma visão dicotômica e distante entre razão e emoção (o que me fez lembrar da divisão moderna entre corpo e mente – até porque a raça era um elemento considerado problemático em nordestinas/os). O Nordeste foi engolido ou teve que engolir os ideários da modernidade: São Paulo era onde estava a dimensão necessária urbana e industrial, silenciando suas vivências ainda no rural e uma cultura tradicional; enquanto o Nordeste simplesmente tinha o apostro. Não importava quanto tempo tinha as cidades, como Recife, elas não eram contadas, não faziam parte da lista de características nordestinas a qual imperava a vida rural. A produção artística ficou inteiramente focada nesses dados atributos, enquanto a *produção científica* ocorria de modo mais reconhecido no Sul e nos tematiza com o tempo estático no colonial, com cidades folclóricas e atribuídas as festas. A história do Brasil por certo tempo foi a junção ou rivalidade entre São Paulo, Bahia e Pernambuco. Em meio a uma busca de uma identidade nacional se construía estereótipos, homogeneização, tendo a produção científica como ferramenta. Ao olhar para a localização das referências das autoras, e não trazer isso, seria no mínimo destacar a possibilidade do papel da historicidade (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 2011).

É complicado tecer sobre uma história da saúde mental através de grandes nomes internacionais (e as pessoas atendidas? Internas?). Mas nesse momento é necessário para compreendermos as autoras e alguns movimentos da psiquiatria. Tanto é assim que Ana Kalliny

de Sousa Severo e Magda Dimenstein (2009) defendem que o DSM e o CID são sistemas de diagnósticos, com os serviços públicos de saúde adotando o CID, e ainda sendo uma forma de entrelaçar correntes teóricas defendidas em décadas anteriores. Invalidar todos os sistemas de diagnósticos seria uma ação no mínimo irresponsável, mas não considerar valores normativos, relações de poder (o qual também coloco essa amostra para visualizarmos onde estão as produções de conhecimentos que nos chegam), exclusões sociais, impactos diferentes a depender das posições sociais, por exemplo, é um ato mais irresponsável ainda. Não se trata de apresentar respostas, resoluções e sim análises.

Como foi sinalizado, a psiquiatria pernambucana possui as marcas de posições históricas buscando especificidades como uma afirmação profissional e de saberes supostamente locais, o que me faz refletir também com Donna Haraway (1995), pois a posição de subjugação, tendo como esteio o estado de Pernambuco no cenário brasileiro, não isenta esta psiquiatria de ser decodificada, interpretada e receber reavaliação crítica. Perspectivas de locais subjugadas não torna posições como a de Ulysses Pernambuco ou das próprias autoras como inocentes e transformadoras de mundo. Quando a psiquiatria vislumbra pessoas como ‘objetos’ de pesquisa e intervenção encontramos um mundo examinado como já determinado, fixo, jogado em projetos ocidentais destrutivos com interesses de dominação: os corpos tornam-se páginas em branco a serem preenchidas pelo conhecedor que tem seu poder renovado.

Para Gloria Anzaldúa (2019), uma palavra de origem asteca é frutífera aqui por essa dissertação estar em campos tão distintos, o que leva a minha identificação com a autora quando a mesma diz haver uma espécie de discussão interior acarretando em indecisões e inseguranças – essa última está muito presente aqui. A palavra em questão é *mestiza* significando partido ao meio, um bom fruto da transferência de valores espirituais e culturais, como ela chama, entre grupos. *Mestizas* estariam sempre em transição, com dilemas da hibridez das raças. Vejo como produtora nesta dissertação quanto Gloria Anzaldúa diz que a realidade vem até nós como nossa cultura possibilita, contudo o encontro de dois modelos referenciais possibilita uma coalizão cultural.

Como o pensamento moderno ocidental não somente produziu esta divisão como é abissal, a ciência moderna toma para si o que é verdadeiro, sendo tido como alternativas a teologia e filosofia. Boaventura de Sousa Santos (2009) diz que ‘deste lado da linha’ observa o ‘outro lado’ como constituído de meras opiniões e entendimentos subjetivos que devem passar por validação científica, o chama ainda de zona colonial. No que concerne à produção de conhecimento, a apropriação vai ser o uso de habitantes e muito do que as/os rodeia localmente,

já a violência pode ser ferramentas coercitivas e proibitivas do uso de línguas ou ainda a discriminação racial e cultural. Não há rigidez nesta divisão, é necessário dizer, embora tenha se mantido, como as independências de antigas colônias provocaram abalos (SANTOS, 2009).

Jota Mombaça (2015) caracteriza sua experiência acadêmica como vivenciada por variadas formas de exclusões, suas articulações teóricas eram consideradas subteorias, inconsistentes e até mesmo imaturas. Para isso, ela nos diz que o conhecimento que procura legitimidade necessariamente precisa ceder a crivos normativos - se tiver por objetivo a presença na academia – que vão desde as formas de organização do texto até como está a voz quanto à entonação adequada ao meio acadêmico. A escrita que procura ser autoral tem que dilacerar tradicionais métodos e com isso permitir pensamentos chamados por Jota Mombaça de “degenerados”. O que ficou para esta dissertação foram processos de compreensão de *como* estavam escritas as dissertações e a tese, nas suas escritas e nas formas.

Uma parte pertinente nesse diálogo é como a ecologia dos saberes se posiciona quanto a movimentos em marcha, objetivando ofertar mais espessura epistemológica a pensamentos pluralistas, pois não somente mais óticas sobre o mundo tem ganhado espaço, como sociedades tidas como periféricas pelas quais a Ciência Moderna não consegue se movimentar com tanta ênfase, tem sido férteis campos para a ecologia dos saberes. Em locais onde características coloniais e imperiais são vistas sem necessidades de grandes lupas, a ecologia dos saberes, o interconhecimento, a pluralidade tem encontrado esteio de atuação epistemológicas. Ademais, nesse panorama, não existe unidade de conhecimento (SANTOS, 2009).

Um elo com Saúde Mental, enquanto Campo, tenho que te pedir permissão. O conhecimento moderno e científico tem limites inerentes a ele e assim seus tipos de intervenção também são limitados. Quando penso na ecologia dos saberes, vejo que dar credibilidade a conhecimentos considerados não-científicos não implica na negação dos que são considerados com teor científico. Essa construção é uma contra-hegemonia e traz à cena a pluralidade e práticas científicas tidas como alternativas. Há, historicamente falando, movimentações como a preservação da biodiversidade via conhecimentos indígenas e camponesas. Não podemos esquecer, para enfatizar, como pode ser profícuo o cruzamento de conhecimentos (SANTOS, 2009)

Observo esse conhecimento científico alternativo como as inúmeras possibilidades que ultrapassam os limites do diagnóstico e da medicalização em massa. Sim, é imaturo pensar em todos como científicos, porém é incompleto não se ater a criar horizontes pensando na contra hegemonia perante posturas psiquiátricas que reduzam a apenas diagnosticar e medicalizar.

Boaventura de Sousa Santos (2009) afirma que se pode reconhecer intervenções da Ciência Moderna no mesmo compasso do reconhecimento de práticas contra hegemônicas a esta ciência, sendo uma “[...] co-presença igualitária” (p. 49). E ele também nos alerta para a intrínseca incompletude que os conhecimentos têm, já que nenhuma forma pode responder por todas as intervenções.

Frente a isso, identifico em Gloria Anzaldúa (2019) potencialidades quando ela, contando sobre as ameaças contra as culturas indígenas, observa a figura de um rio e que não se identifica estando numa margem oposta, dicotômica como vai exemplificando, contra posturas brancas e patriarcais, uma vez que isso cimentaria uma vivência de opostos, com uma possibilidade de redução a violência. Gloria Anzaldúa nomeia de ‘contraposicionamento’ quando se consegue, não permanecendo na margem de um rio alertando sobre opressões, e sim com uma reação limitada como passo para uma liberdade cultural diante uma autoridade. Feito isso, um distanciamento dessa margem oposto ao rio é feita para várias possibilidades, dentre as quais está a cicatrização de combatentes pela qual é possível estar nas duas margens, ou ainda se desvincular de culturas dominantes para novos territórios. Muros e fronteiras são nossos inimigos internos, mantendo rigidez e distantes comportamentos que não são do nosso apreço. A postura de La mestiza se move, tem um posicionamento divergente e perspectiva ampla.

E a Reforma Psiquiátrica? Um percurso seria a ver como um rio em contínuo movimento também epistemológico, onde não coloca o ‘problema’ nos mesmos lugares de antes e sim no campo de saberes, das práticas e de novas relações. ‘Doença’ em discussão promove uma necessária mexida em conceitos supostamente cimentados da psiquiatria, o que por sua vez pode chegar em transformações dos serviços públicos de saúde e das relações que os compõem. A alienação mental (como alguém alheia/o), conceito europeu de Pinel, ‘fundamentou’ os internamentos por ver as pessoas vivenciando uma contradição da Razão, sendo desta forma uma pessoa sem capacidades de ser cidadã, de julgar, incapaz e o internamento manicomial era a resposta: com ela vinha a prática do manicômio com incontáveis características, tutela, vigilância, punição, isolamento, pessoas como ‘objeto’, instituição fechada, dentre outras (AMARANTE, 2009). Tratar pessoas como objeto de estudo/pesquisa também é uma prática manicomial.

Esse debate precisa ser situado na geopolítica do conhecimento de matriz colonial já que ancora as relações entre produção do conhecimento e relações econômicas por haver uma consolidação de teorias tidas como cânones em países centrais – demonstrando ainda como essa geopolítica reflete a relação entre centro e periferia. Vale ainda evidenciar como o racismo

estrutural é um dos componentes desse âmbito, mediante o qual política científica brasileira costurou estruturalmente uma supremacia branca para atender interesses econômicos. Discutir epistemologia é observar o racismo estrutural que atravessa instituições necessariamente ligadas a uma estrutura social onde o racismo é um elemento (MATIAS DOS SANTOS, 2021). Sim, identifico esse ‘objeto’ no modelo de humano colonial e, não obstante, atento para pensarmos a Reforma Psiquiátrica dentro do debate de racismo estrutural. É necessário identificar esse diálogo sobre epistemologia para não se negligenciar não somente nossa história, mas nossas opressões atuais.

A Reforma Psiquiátrica não se resume à transformação das instituições e da dimensão assistencial, ela é também política por procurar esteio na cidadania, direitos humanos e sociais e ainda é cultural - modificando o lugar social da ‘doença’. É na camada cultural que podemos localizar as vozes de usuárias/os, seus familiares, sua rede, associações, festas, projetos, vídeos, filmes, trabalho com as comunidades etc. (AMARANTE, 2009). O fim de todo tipo de manicômio representa assunto frutífero para as artes em geral: igualmente adentra no gradual fechamento de instituições e implantações de outras, mas nos desafia a refletir sobre nossos sofrimentos, nossa relação com cuidado, com as drogas lícitas e ilícitas e com as instituições – que não tem os mesmos fins que os manicômios, mas que produzem efeitos na área de Saúde Mental.

Apresento outro problema a pôr em discussão. Uma luneta do feminismo decolonial aqui é usada para observarmos uma necessária localização no norte global pelo qual a compreensão de sofrimento como doença mental nasceu, criou-se e se desenvolveu. O que temos, contudo, é uma invocação com ela de práticas com experiências se reduzindo a diagnóstico e/ou medicalização, termos da psicopatologia para nos identificarmos e a desinstitucionalização ainda não tirando do centro do palco o protagonismo da psiquiatria nos serviços públicos quanto ao sofrimento. O colonial parece um desafio: para localmente não reproduzimos, nas variadas relações o que nossa luneta que nos mostra, podendo ver também o sofrimento do ponto de vista político (MARQUES, 2020).

Paulo Amarante (2009) defende que é necessário o conceito de complexidade para o percurso da Reforma, pois este questiona os riscos que um conceito pode ter no que concerne a quem está observando/pesquisando este; ou ainda: complexidade em Saúde Mental reflete como o sujeito se coloca nas ciências, uma vez que necessariamente não haveria neutralidade e distanciamento. Se quebra com paradigmas dualistas, cartesianos e a ‘doença’ é ressignificada para processo saúde/doença. A psiquiatria nasce num contexto social e histórico cujo qual via

‘objetos’ naturais, mensuráveis e contendo uma verdade: sendo assim suas práticas seguiram as, em tese, lógicas sobre ‘doença’. A psiquiatria criou seus conceitos, promulgou suas práticas, contribuiu para instituições e emergiu nas sociedades com o que seria ‘anormalidade’. Desinstitucionalização, num caminho distante deste, promove outros contextos paradigmáticos de práticas e discurso, não somente sobre ‘doença’, mas sobre sofrimento.

Ademais, a igualdade analítica das opressões é fundamental à Saúde Mental brasileira por estar numa estrutura de vida social complexa – complemento à complexidade que Paulo Amarante defende – marcada, incluindo, por epistemicídios (MATIAS DOS SANTOS, 2021).

A psiquiatria não tem colocado o sujeito no centro e sim a doença, permitindo trajetórias históricas de explicações e nomeações abstratas da doença. A inversão disso não significa a negação – e a produção de sofrimentos e dor que dela ocorrem -, mas possibilita a profissionais a atuação mais com o sujeito. Uma recusa e um posicionamento político emergem, estes esculpindo posições de não observar a psiquiatria como a única capaz de dar conta do sujeito e da doença, de recusar saberes naturalísticos e ainda demonstrar políticas históricas de exclusão. A psiquiatria, também com um distanciamento, transformou todo um complexo contexto num objeto sem corpo social. Sujeito enquanto objeto interferiu nos construtos científicos e em legislações que legalmente fundariam instituições de violência (AMARANTE, 2009).

Lima Barreto (2017) escreveu no diário:

Voltei do café entediado. Um vago desejo de morte de aniquilamento. Via minha vida esgotar-se, sem fulgor, e toda a minha cansa feita, às guinadas. Eu quisera a resplandecência da glória e vivia ameaçado de acabar numa turva, polar loucura. Polar, porque me parecia que nenhuma afeição me aquecia, e turva, pois eu não via, não compreendia nada em torno de mim. Eu me comparava a um explorador das regiões árticas, que tivesse durante anos atravessado florestas lindas, cascatas, céus epinícios, lagos de anil, mares de esmeraldas, nessas paisagens mais belas da terra, as suas servências mais majestosas, e se houvesse de motu proprio atirado às banquetes do pólo e se deixasse mergulhar na sua noite imensa que, para o meu caso, era infinita (2017, p. 79)

Lima Barreto nos aponta como sua experiência de internamento, mesmo trazendo frutos quanto à escrita, não o privava de vivenciar elementos de sofrimentos os quais são marcados pela presença da morte. Em busca de maior reconhecimento, Lima nos diz como observava sua vida caracterizada por momentos de beleza e agora encontrava-se numa noite que denominava infinita. Além de reconhecer que não entendia seu entorno, ele nos demonstra como a internação pode provocar – uma interpretação minha do trecho que considera que o mesmo não fez alusão a internação, mas bebo de Franco Basaglia (1985) para tal – mais desalento. A noite em questão pode ser entendida como o aposto que o escritor vivenciava ou almejava.

Penso em severas e excludentes dicotomias nesta psiquiatria histórica e Vívian Matias dos Santos (2021) pode colaborar a subverter isto. Para a cientista, o método científico pela qual ela foi apresentada no início de sua trajetória foi uma visão eurocêntrica, capitalista, masculina e branca deste método o qual o universal torna-se – na minha leitura de seus relatos – como fortes mãos que seguravam as suas e condicionaram sua escrita científica. Dicotomia, olhando agora para a psiquiatria e seus ‘objetos’, são dicotomias da modernidade colonial e os corpos considerados, dentro da excludente visão de humanos x não-humanos, são não-brancos e ‘objetos’ de um conhecimento. Tem uma ordem capitalista nessa conversa com Vívian Matias dos Santos (2021) que me faz pensar que: 1- corpos tidos como adoecidos não são bem vistos para o trabalho, por exemplo; 2- a construção racial da noção de ‘objeto’ é vívida se levarmos em consideração a colonialidade. Uma confissão é fundamental: desde minhas primeiras leituras dos feminismos contra-coloniais, trabalhando no âmbito da Saúde Mental, me pulsava algo: histórias de vida.

Nos feminismos contra-coloniais que aqui defendo estão feministas que procuram discutir, resistir ou produzem conhecimentos que sejam o centro para discutir aspectos da sociedade brasileira, por exemplo, que estão sob correntes coloniais – na minha verde compreensão. A patologização do sofrimento psíquico no SUS é uma ameaça colonial (de novo, no que entendo). Nesse momento, posso ficar com as palavras de María Lugones (2014). Para ela, pessoas que resistem à colonialidade podem apreender coletivamente, não deixando a atenção escapar às imposições de diferenças coloniais, resistindo ao apagamento de suas próprias movimentações epistemológicas, focar no que ela chama de subjetividade ativa, atentar para lócus em fratura comum a todas as pessoas colonizadas e, com essas posturas, colocar as histórias de vida (olha essas novamente sendo defendidas) como resistência.

Sobre resistência é necessário compreender que ir de encontro à patologização do sofrimento psíquico, a exemplo, é uma tarefa contínua eclipsada por vezes por rotinas de trabalho, conjunturas políticas, redes de saúde precarizadas, dentre outros entraves transformando práticas diárias. A atenção psicossocial, diferente de um modelo médico tradicional, é igualmente calcada na cidadania e em vivências, estando longe de não enfrentar problemas, pois movimentos são graduais com necessidade de reconstrução de saberes constante. Porém, dentro da RAPS, profissionais de saúde podem de modo habitual questionar a patologização de vidas, não retroalimentando a dimensão patológica (AMORIM; RIZZI, 2017)

De acordo com Paulo Amarante (2009), Franco Basaglia inaugurou uma experiência italiana que também era uma denúncia política. O psiquiatra italiano não ansiava que o movimento que liderou fosse resumido em datas, em lei ou portarias, e sim queria a promoção das histórias de vida das pessoas imersas no processo de mudanças. Eram estas que contariam suas trajetórias. A psiquiatria clássica, por outro lado, construiu um manicômio que ia além da instituição, adentrava nas sociedades, considerando a doença erro, irresponsabilidade, incapacidade, dentre outras considerações de exclusão. Era esta a psiquiatria que contava as histórias de vida com pilares excludentes e violentos. São necessários outros pilares para a psiquiatria, pilares de outras categorias profissionais e de usuárias/os.

De acordo com Anaísa Ribeiro Amorim e Fernanda Nogueira Campos Rizzi (2017) a dimensão epistemológica deve ser defendida pelos processos de desconstrução e construção de significações, de olhares sobre as vivências humanas. E com isso não tiro de cena as disciplinas nas quais nos formamos, uma vez que este processo inclui os conceitos e estes podem muito mais estarem em movimentos do que sendo monólitos. Vejo como as autoras enfatizam as vozes de pessoas patologizadas e de profissionais de saúde e concordo quando elas dizem: “[...] nos disporemos a encontrar ali um sujeito, protagonista de própria vida e não um coadjuvante de nosso espetáculo do conhecimento” (2017, p. 245).

Não tão-somente na psiquiatria, mas também na formação médica ainda se encontram fortes desdobramentos do que Franco Basaglia denunciou – sob outras téticas formas. A demasiada medicalização é um debate da colonialidade por ter as prescrições indiscriminadas, por ser uma maneira de contenção de riscos sociais, por dopar problemas, pela automedicação avançando, por ocupar exagerado espaço nas relações de cuidado e redes de apoio. A medicação, do jeito que a vivenciamos, colabora com o universalismo biologizante e com isso o sofrimento é usurpado pela doença. Não é só isso. A colonialidade, se reproduzida por alguma área do saber, edifica uma Saúde Mental pela qual singularidades culturais são patologizadas, individualmente desigualdades sociais são interpretadas e a doença mental torna-se uma ferramenta que abre a porta para estigmatizações e práticas violentas (MARQUES, 2020). Além desse paralelo, colonialidade parece estar na saúde pública.

Saúde é visto pela clínica médica como a ausência de ‘doença’ e processos sociais de normalidade. No contraponto está a defesa de que o conceito seja aberto, de que um padrão unificado fecha as portas para signos, significados e práticas variáveis e colocam as mais diversas modos de viver como padronizadas em nome de um conceito de saúde unidimensional, a-histórico e negligencia a cultura. A própria psiquiatria, na vertente transcultural, embora tenha

a lacuna de ver saúde e ‘doença’ como assuntos a ser resolvidos pela ciência, desconsiderando a arte, apresenta uma dissonância quando caminha para o reconhecimento de *diferentes vozes*, a relação de signos com contextos e múltiplos sentidos (DE ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES; 1999).

Nessa perspectiva de reconhecer diferentes vozes, bem como incontáveis novas possibilidades, e também em decorrência das décadas de relação de objetificação e tutela provocadas por práticas e saberes psiquiátricos, assim como variados estigmas sociais, a Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil tenta subverter essas formas de relação, as quais têm como sustentáculo também o diagnóstico. O ato de diagnosticar é um tema polêmico, conseguindo tanto defensoras/os como contestadores; em si, pode ser visto como uma ferramenta de teor científico que observa sintomas, ‘anormalidades’, sinais e estabelece, junto com códigos, doenças. Sem por um momento adentrar em debates, a questão que entra em relevo é visualizar o diagnóstico de modo crítico, procurando saber quais impactos da vida de quem é diagnosticado e que papéis ele vem desempenhado na Reforma Psiquiátrica (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009)

Por isso, vale uma contribuição decolonial. Para Isabela Marques (2020), do ponto de vista terapêutico, há pouca eficácia no diagnóstico de psiquiatra: trajetórias de cuidado são criados para usuárias/os e profissionais na construção de sentido, sentidos estes ofertando uma espécie de covas abertas as quais não sabemos se teremos a oportunidades para compreensões baseadas, por exemplo, nas questões sociais que atravessam o sofrimento, ou se seremos enterrados com terras biologizantes. A linguagem nesse processo é um fator que caracteriza a colonialidade, logo por vocabulários estrangeiros darem origem a termos de objetificação e julgamento.

Isabela Marques (2020) ainda nos apresenta uma pesquisa aqui no Nordeste com pessoas em vulnerabilidade social sobre sofrimento mental. A expressão mais usada pelos profissionais locais sobre estas pessoas foi ‘doença dos nervos’, embora a mesma pesquisa tenha associado o sofrimento a questões como violências, pobreza e sobrecarga de trabalho. Há uma dada verdade biológica. O corpo em sofrimento e com o pérfido protagonismo do diagnóstico colonizado é alguém desapropriado de suas experiências, entregue a classificações e os domínios do medicamento.

Com uma breve discussão sobre linguagem colonial, lembrei de Naomar de Almeida Filho, Maria Thereza Ávila Coelho e Maria Fernanda Tourinho Peres (1999) quando nos fornecem um panorama sobre saúde mental ao conceituá-la (e vejo também como forma de

instrumentar), sendo um objeto-modelo, como “[...] integrais de saúde-enfermidade e cuidado” (1999, p.120) – confesso que não abracei por completo este conceito. Então por que o apresentei? Para promover um exercício conceitual o qual parte de um pressuposto que saúde mental trata-se de lógicas plurais e múltiplas que não podem ser codificadas. O exemplo dessa autoria é a depressão, pois ela não é somente ‘doença’, ‘transtorno’, morbidade, processo complexo, e nem forma. Ela é tudo isso, mas é mais que isso porque é um objeto totalizado e com teor histórico. A saúde mental não é uma soma, ela é zonas de sombra, tem facetas, olhares ocultos, dimensões históricas; ao mesmo tempo ela também é escuta, é diagnóstico, é saúde pública e transformações.

Todavia, o campo da Saúde Mental brasileira não pode ser afastado de heranças da modernidade colonial, já que seus frutos podem ser situados dentro de um Estado-nação periférico com uma política científica compromissada com interesses do mercado, reproduzindo, às custas também de epistemicídios, cânones igualmente vinculados a um Estado urbano-industrial (MATIAS DOS SANTOS, 2021). Se quero chegar a sofrimento psíquico localizado na RAPS devo pensar que a área da Saúde Mental do SUS pode ter vias interpretativas da colonialidade do saber em comunhão com a colonialidade do poder. Não é uma cenografia difícil de ser montada e trouxe elementos a serem debatidos nos outros capítulos.

Outro, todavia, é a intersecção de opressões constituintes da nossa ciência e também como os modos como um Estado movimenta sua política científica mediando os processos cognitivos subjetivos (é demais eu ter lembrado da psiquiatria?). Deixa-me tentar outro elo: a vil dicotomia humano x não humano prejudicando a ocupação de espaços acadêmicos por quem não está nos parâmetros de ‘humano’ pode ser pensado para pessoas com transtorno mental, pois a ocupação e suas movimentações em espaços de produção de conhecimento é um local de resistência.

O que evito aqui, sendo responsável com pessoas envolvidas e com a categoria profissional da psiquiatria, é o silêncio, pois “O silêncio também é resposta” (MATIAS DOS SANTOS, 2021, p. 144).

A compreensão de que um conceito rígido vai contra o que entendi dos feminismos contra-coloniais, todavia foi o contra-colonial que permitiu o responsável distanciamento crítico de abordagens ao sofrimento psíquico na RAPS. A hegemonia psiquiátrica apresentada, mesmo com orgânicas divergências internas e vozes dissonantes históricas e contemporâneas históricas, me fez pensar que o sofrimento psíquico dentro do SUS, nos encontros contra-

coloniais, deve ser situado. Como visto, o sofrer tem essa dimensão mais existencial cuja qual ninguém escapa, mas sob estruturas e tudo que elas têm de simbólicas temos camadas adocedoras. E por mais que eu entenda que a UFPE e o Recife têm incontáveis possibilidades acolhedoras, existem onde pisamos, onde escrevemos, onde residimos um sofrimento construídos e jogados em nós. E muitas vivências dentro do SUS podem nos amparar: aqui escolho o acolhimento.

O acolhimento no âmbito do SUS representa muito mais que uma situação marcada por burocracias de informações, ele é um encontro vivo acontecendo, necessitando de uma escuta qualificada para que vínculos sejam criados, onde profissionais de saúde se inserem em consonância com princípios do SUS. Sim, é um dispositivo de trabalho em saúde, com processos de trabalhos envolvidos, entretanto tem a potencialidade de promoção do cuidado com as marcas da integralidade – um dos princípios do SUS – gerando, dentre outros direitos, a humanização em assistência em saúde. O acolhimento se visto, por exemplo, como um conceito e uma ferramenta pode produzir cuidados em Saúde Mental para pessoas em sofrimento psíquico os quais proporcionam na ação de acolher que as demandas específicas sejam observadas - acrescento aqui como podem ser via narrativas (FILHO; BEZERRA, 2018).

José Adelmo da Silva Filho e Adriana de Moraes Bezerra, nessa fase final da escrita, são minha escolha para discutir acolhimento, pois, dentre outras contribuições, nas suas pesquisas sobre uma revisão de literatura integrativa, encontraram como nas USF (Unidade de Saúde da Família) podem ser potentes para contribuir com centralidades em modelos biomédicos e na medicalização, arvorando cuidados transversais. Ele e ela defendem a importância da capacitação de profissionais na Atenção Primária, pois o acolhimento para pessoas em sofrimento psíquico – e aqui relembro que toda esta dissertação se refere a quem necessita estar nos serviços de saúde do SUS – transforma-se em imperativo quando há saltos de muros de cuidados que unicamente fiquem em diagnósticos, chegando em territórios onde práticas sejam balizadas pela integralidade, diálogo, horizontalidade e singularidade.

O acolhimento, não somente no âmbito da Saúde Mental, se resume a um espaço físico e sim a uma postura de cunho ético, podendo ser feito (e aqui penso na UFPE e em incontáveis situações) como um ou vários momentos de compartilhamento de angústias e saberes, construindo responsabilidades, pois acolher é ‘estar perto’ ou ‘estar com’. Quando vamos para o SUS, encontramos que acolhimento tem potencial para colocar pessoas a frente de seus cuidados, assim: “uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de

saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos” (BRASIL, 2010).

O sofrimento psíquico dentro dessas perspectivas de acolhimento não representa para mim um ideal curativista, mas um caminho, *um caminho* dentre outros possíveis. Concordo que o SUS ainda precisa ter esteios mais amplos e mais visíveis quando falamos, a exemplo, de um sofrimento racializado. O contra-colonial não é a única postura que creio ser pertinente ao SUS, porém nesta dissertação são as que trouxeram lupas maiores ou mais chaves interpretativas, uma vez que acreditar que RAPS absorve somente sofrimentos reduzidos ao ‘psíquico’ ou ainda com supostas disfunções cerebrais é no mínimo um risco para usuárias/os. Sim, acredito que o acolhimento – no plano ideal – é uma ferramenta, todavia dentro do SUS assuntos, como as questões raciais, devem ser mais erguidas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação tentou desenhar linhas não retas de compreensão do sofrimento psíquico segundo produções psiquiátricas. Entretanto, como foi tentado demonstrar, o SUS, mais especificamente a RAPS, foram bandeiras presentes em cada parágrafo - no mínimo no momento de amarrar uma discussão e pensar se ela tem esteio na RAPS (ou seja, presente explicitamente ou implicitamente, a preocupação foi a RAPS). O contra-colonial mostrou-se como uma escolha política frente a essa defesa, não como uma ferramenta, mas como imensa caixa de ferramentas de movimentar a Rede de Atenção Psicossocial. Não por acaso, a hegemonia de uma psiquiatria pendular entre o atroz e o escutar o novo foi igualmente uma escolha política de enfrentamento e, não retirando outras trajetórias de crítica, o contra-colonial mostrou-se potente para a RAPS também no seu fortalecimento contra parte de uma psiquiatria que finge ser surda e promove silêncios.

Aqui também se instaurou conscientes silêncios, pois há grupos populacionais brasileiros que, ao meu ver, demandariam toda a completude da dissertação em decorrência do impacto que a patologização dos seus sofrimentos psíquicos tem. A dissertação não teve a pretensão de enxergar todos os horizontes possíveis e tentou (aqui escrevo sem certeza) não promover negligenciamentos. Além disso, não tive como esteio escolhas de argumentações que não estivessem mergulhados em pessimismo. Tomo como exemplo a situação atual dos diagnósticos psiquiátricos, suas inflações nos estrangulando, no mesmo fúnebre compasso dos nossos vínculos empregatícios ‘tirando sangue’ dos nossos corpos e mentes: nos esgotando cada vez mais. Houve irreversibilidades lúgubres demais para serem ignoradas nas minhas interpretações: observo cortes nos pulsos menos dolorosos do que certas rotinas de trabalho.

Muitas camadas compõem os textos de Carolina Maria de Jesus e Lima Barreto, personagens essenciais desta dissertação. Não há aqui o exercício de encerrar suas possibilidades de análises, mas de ver que, o que interpreto como trechos de narrativas de sofrimento, como o oposto ao que se promove a hegemônica psiquiatria: centralidades e mensuração. Os relatos sobre suicídio de Carolina não se encerram nas entradas de diários, mas a situam dentro de uma gama de outras narrativas por ela postas que demarcam o quão Carolina interpreta sua própria experiência e como sua vivência habita tantos assuntos de um Brasil com feridas abertas da colonização. Aqui Carolina foi uma personagem ou ainda também uma voz, um pensamento contra-colonial.

Lima Barreto, por sua vez, narrando um processo de internamento se encontrava dentro das possibilidades das quais se movimentam a posição contra-colonial numa dimensão

antimanicomial: questionando as paredes que o cercavam e refletindo sobre a própria experiência (dentro do que o início do século XX permitiu de construção de saberes). Além disso, ao tocar no assunto da morte e expressar um sofrimento em gradual crescimento, Lima deixou para esta dissertação o poder que as singulares vozes podem ter. A psiquiatria aqui criticada é a psiquiatria da qual se professa verdades monolíticas, não interessadas na vivência humana dentro de um Brasil desigual, mas sim a que procura em experiências como a de Lima Barreto verdades já cimentadas bem longe de onde é exercida.

O contra-colonial, e também seus feminismos, me apontaram para várias vias interpretativas das quais destaco como a modernidade se firmou como uma redoma de vidro parcialmente inquebrável. Esta modernidade é igualmente colonial e racializada, constituída por um passado de modelo único para o sexo e depois com unicamente dois gêneros dos quais ainda se sente o modelo baseado no homem branco e europeu. A régua colonial é inerentemente excludente e aqui vimos o quão historicamente a dicotomia humano e não-humano pode ser vista no âmbito da Saúde Mental: a desumanização (com um protótipo de ‘humanidade’ criterioso, restrito e localizado) igualmente fabrica seus venenos para não-humanos com classificações.

A perspectiva contra-colonial na Saúde Mental brasileira é uma lupa de como ver como a colonialidade adentrou na área como uma construída e farsesca impossibilidade de enxergar diferenças e singularidade no ‘Outro’. Esse ‘Outro’ sendo ‘Outro’ exatamente pelas também trilhas destrutivas coloniais. Se temos um único e sórdido modelo de humanidade, o sofrimento psíquico, este capaz de nos trazer narrativas e aprofundamentos parciais de plurais vivências, é despejado na visão centrada de processos químicos e sintomas previamente concebidos para serem controlados. Como isso nos chega? Basta refletir de onde nascem processos de concepção e classificação dos nossos sofrimentos, e o que é mais danoso: onde se erguem concepções de cuidado em Saúde Mental com arrogância unívoca para outros plurais lugares – e suas populações – que têm desigualdades históricas diferentes (ainda com feridas abertas), que possuem sua formação de Estado-nação, serviços de saúde com outras roupagem e elementos históricos de significados do sofrimento. É muito mais do que conceitos que podem não nos caber, são imposições classificatórias igualmente coloniais; caminhamos, assim, com medicamanetos psiquiátricos e nomes estadunidenses para um abismo. E aqui repito que não excludo ou nego tudo que nos foi jogado, mesmo porque trata-se de ciência. O que digo é: o sofrimento psíquico, que a RAPS que por lei acolhe, - num Estado com características históricas

próprias e desigualdades sociais ainda sendo vivenciadas diariamente – é muito maior, profundo, diverso e complexo do que qualquer classificação colonial.

Frente a Saúde Mental encontrada nas dissertações e na tese, tentei defender uma posição contra-colonial, juntamente com alguns de seus feminismos, pois tentei demonstrar como a forma subalterna o sofrimento psíquico é posto, não deixando de ser uma forma de tutelar via o transtorno mental. Comunidades consideradas locais, tais como a psiquiatria pernambucana, ao menos no que trata e vê sua história (como Ulysses Pernambucano sendo visto como herói fora de contexto) e nas amostras das produções analisadas, reproduz cada uma a sua maneira uma forma de colonizar o sofrimento, não o situando, inclusive não o vendo racializado. A tese de Vera Lúcia Dutra Facundes merece ser vista com outras vestimentas, até mesmo devido à formação de Terapeuta Ocupacional da autora e de seus objetivos. Ela pôs histórias de usuárias/os do SUS em trânsito, das quais emerge o sofrimento psíquico na forma de narrativas situadas em corpos diversos, dentro dos moldes da saúde pública pernambucana e tentando ultrapassar a marca da ‘doença’.

Seja de modo a compor a narrativa como em Vera Lúcia Dutra Facundes, ou como termo mencionado como uma espécie de acessório de algo maior como em Maria Cláudia da Cruz Pires e Carolina Maciel Fiamoncini, sofrimento psíquico não foi conceituado e nem visto como tão importante quanto transtornos mentais, uma vez que se encontrava nas duas últimas citadas como meramente algo próximo de um sintoma. Novamente, Facundes fez uma curva e através dela que defendo que o sofrimento psíquico – também observado dentro da RAPS pela Terapeuta Ocupacional – possa necessitar não apenas de conceitos, mas de vozes. Sim, Maria Cláudia da Cruz Pires e Carolina Maciel Fiamoncini tinham objetivos diferentes e outros locais – assim como outros instrumentos. Situar um sofrimento psíquico na RAPS dentro de uma perspectiva contra-colonial não é uma tarefa fácil com quantificações ou ferramentas sintetizadoras dos sofrimentos, mas um horizonte interpretativo contra-colonial se funde em depoimentos abertos, falas, experiências, diários, cartas e outras formas de linguagem. Levando em consideração objetivos da RAPS, o acolhimento do sofrimento psíquico aqui é defendido por um escuta contra-colonial que possa situar esse sofrimento não apenas numa experiência individual/existencial (embora dimensão importante) e sim entender dentro de estruturas sociais e discursos (sem dicotomias entre eles) que atravessam Pernambuco e o Brasil. Não se trata de defender uma análise de conjuntura a cada acolhimento, mas de observar esse sofrimento como componente da conjuntura.

Mesmo esta dissertação tendo seguindo outros caminhos, Recife e a UFPE se alinharam nas dissertações Maria Cláudia da Cruz Pires e Carolina Maciel Fiamoncini, especialmente pelas informações das autoras, como pela possibilidade de situar o sofrimento dentro do racismo estrutural, me oportunizando discutir como os sofrimentos podem ser vistos na ótica das desigualdades raciais. Ademais, ver Recife e a UFPE em dimensões adoecedoras tira o sofrimento de camadas meramente biológicas e demarca uma responsabilidade coletiva no mesmo movimento que amplia a dimensão da compreensão do sofrimento. Recife e a UFPE tem outros símbolos menos direcionados a sofrimentos, aqui, contudo, no lugar dos abraços acolhedores existentes, escolhi brevemente evidenciar as escarradas estigmatizadoras excludentes que Recife e a UFPE jogam em nós.

Ainda sobre as ausências dos conceitos ou de discussões sobre sofrimento psíquico nas obras ‘Estudo sobre Tentativa de Suicídio por Envenenamento no Recife-PE, Brasil’ e ‘Vivências estressoras, violência autoinfligida e comportamento suicida em universitários’, o contra-colonial me fez perceber como se os conceitos estivessem atrofiados ou mesmo fossem tidos como enfraquecidos frente aos dados. Como se não fosse mais necessário a narrativa humana dos atos pesquisados. Mesmo quando se pretende ser quantitativo, um nó na garganta se sente quando se vê tantos relevantes dados centralizados dentro de verdades oriundas de distantes locais. Parece que o ‘tratamento’ é uma justificativa plausível, mas a compreensão dos mesmos atos está distante de qualquer abertura de história de vida humana.

Há algo já posto nas duas produções, verdades esperando unicamente serem utilizadas. Os conceitos de sofrimento psíquico, ou até mesmo a identificação e discussão sobre sofrer, parece não ter sido necessário. Por exemplo: numa UFPE ocidentalizada e podendo ser colocada na discussão do racismo estrutural (e tantos outros debates), se vai direto aos dados percebidos por instrumentos objetivos e poucos abertos a relatos. A quantidade de perguntas latejantes diante dos dados primorosos encontrados por Carolina Maciel Fiamoncini e Maria Cláudia da Cruz Pires é exatamente porque há uma nítida presença de conhecimentos já prontos, tentando encerrar o debate, como uma linda parede sem portas para outros lados. Não consegui ver além de uma psiquiatria objetiva e fechada em si mesma.

A RAPS tem por diretrizes o combate a estigmas e preconceitos, assim como respeito aos direitos humanos – e não é fechada em apenas em si mesma. Essa dissertação procurou alimentar sua fome por possibilidades de respostas abertas com o contra-colonial, defendendo, por exemplo, como a produção de conhecimento pode ser uma difusão de conhecimento que reduzem pessoas a classificações de países coloniais. Ao mesmo tempo que entendo como o

contra-colonial pode pensar na concepção de humanidade, também compreendo como os serviços de saúde públicos brasileiros têm se mostrado, no que tange a contínuas produções, tentando o refinamento de suas ideias. O SUS chegou a você algumas vezes na vida e para outras pessoas chega todos os dias. Quando pensei na junção sofrimento, contra-colonial e a amostra da psiquiatria pernambucana visualizei como o acolhimento ao primeiro poderia ser pensado.

No dia 27 de maio de 1958, Carolina Maria de Jesus:

[...] ...A comida no estomago é como o combustível nas maquinas. Passei a trabalhar mais depressa. O meu corpo deixou de pesar. Comecei andar mais depressa. Eu tinha impressão que eu deslisava no espaço. Comecei sorrir como se estivesse presenciando um lindo espetáculo. E haverá espetáculo mais lindo do que ter o que comer? Parece que eu estava comendo pela primeira vez na minha vida.
 ...Chegou a Radio Patrulha, que veio trazer dois negrinhos que estavam vagando na Estação da Luz. 4 e 6 anos. É facil perceber que eles são da favela. São os mais maltrapilhos da cidade. O que vão encontrando pelas ruas vão comendo. Cascas de banana, casca de melancia e até casca de abacaxi, que é tão rústica, eles trituram. (...) “[...] (JESUS, 2014, p. 44-45)

Se por um lado imagino que ao longo dessa dissertação existiu uma régua para falar sobre sofrimento psíquico, cuja qual encontrava-se num Estado Moderno com serviços de saúde públicos legalmente instituídos, por outro se assumiu uma escrita que não se posiciona tendo em perspectiva assuntos findados, pois como visto as formas de racismos, as maneiras como as Universidades se estruturam, a presença ou ressonâncias dos Hospitais Psiquiátricos e as psiquiatrias que temos me fazem pensar sim na produção de conhecimento como contribuição ou enfrentamento a isso tudo, porém não tem como não encerrar essa régua a colocando no ‘zero’ nesta dissertação. Não acredito que temos apenas novidades nos cortando, mas enferrujadas lâminas atrás dos nossos corpos.

O relato de Carolina Maria de Jesus é da década de 1950 e basta um olhar mais apurado na Recife com urbanização excludente, por exemplo, para ver como a comida continua sendo o maior espetáculo para incontáveis pessoas. Comida. E sim, comida está relacionada a sofrimento psíquico exatamente por não o imaginar com um conceito fechado. Pelo contrário, o contra-colonial pode ser uma caixa de ferramentas a qual podemos situar esse sofrimento: a pessoa acessa um serviço no Recife? Qual sua localidade? Quais atravessamentos sociais na sua experiência? Não é defender cada caso é um caso, mas sim ver que é necessário identificar que o sofrimento psíquico da RAPS é racializado, colonizado. A RAPS precisa dar maiores saltos – incluindo do ponto de vista Legal -, mas profissionais de saúde podem usar ferramentas, como o acolhimento (e aqui as Universidades devem usar este e outros, pois estruturalmente

vão continuar adoecendo). E que os serviços de Saúde Mental se posicionaram mais próximos de grupos excluídos historicamente. Que esse ‘Mental’ ganhe sempre corpos.

Mesmo com as críticas feitas ao longo desta dissertação, Maria Cláudia da Cruz Pires (2010), Carolina Maciel Fiamoncini (2020), Vera Lúcia Dutra Facundes (2010) foram três pesquisadoras do Posneuro que têm excelentes pesquisas e não apresentam conceituações ou grandes discussões sobre sofrimento. O que vejo necessariamente como um problema, embora: 1- primeiro porque não estava nos objetivos de pesquisa delas; 2- como já discutido, a área de formação (psiquiatria) está majoritariamente vinculada a transtornos mentais e medicação – isso pode uma explicação porque Maria Cláudia da Cruz Pires e Carolina Maciel Fiamoncini têm preocupação com vincular os resultados a transtornos. Não observo como um posicionamento das autoras, e nem teria elementos para dizer isso, mas tenho a hipótese de que o Posneuro da UFPE, por meio dessa amostra situada e parcial, está mais próximo de uma psiquiatria majoritária. Arrisco dizer que a forma que o programa de pós-graduação produz diz respeito a ele, porém seus posicionamentos com os resultados de suas pesquisas dizem respeito a toda uma sociedade.

A régua zerada não significa não observar avanços, não ver como Universidades, por exemplo, fazem para acolher sofrimentos psíquicos, e sim é uma forma de lembrar elementos como a fome, a patologização do sofrimento, a dependência de medicações psiquiátricas e como novos manicômios continuam à espreita. O espetáculo mencionado no prólogo, com direção dos femininos contra-coloniais, permitiu situar o sofrimento em camadas locais, não universalizantes. Com o auxílio da história, igualmente local, que temos, é necessário estar nos avanços e ver – não unicamente da perspectiva de ‘retrocessos’ – mas de continuidade, pois ‘Carolinas’ e ‘Limas’ existem.

Por isso, peço ajuda a Franco Basaglia (1985) quando ele nos oferece a seguinte imagem: duas pessoas em catatonia dividem o mesmo leito psiquiátrico por ausência de espaço.

Peço a você que lê que imagine sendo – se quiser uma das pessoas -, mas meu pedido é que te imagine sendo o Leito.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. A invenção do nordeste e outras artes. Prefácio de Margareth Rago. 5ª e. São Paulo, 2011.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALVARENGA, Lídia. Bibliometria e arqueologia do saber de Michel Foucault - traços de identidade teórico-metodológica. *Ciência da Informação*, v. 27, n. 3, 11. 1998. Disponível em: <<http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/778/807>> Acesso em 03 de Janeiro de 2023.

ALVES, Tahiana. Reforma psiquiátrica e questões de classe, raça/etnia e gênero: particularidades do contexto brasileiro. In *SciELO Preprints*. 2022. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4673/9022>> Acesso em 23 de Dezembro de 2022.

AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol. 1, nº 1, jan-abr. 2009. Disponível em: <<http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>> Acesso em 15 de Janeiro de 2022.

AMORIM, Anaísa Ribeiro; RIZZI, Fernanda Nogueira Campos. A patologização e a medicalização: afetações. In: OLIVEIRA, Walter Ferreira de; PITTA, Ana Maria Fernandes; AMARANTE, Paulo. *Direitos Humanos e Saúde Mental*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2017, pp. 222-271.

ANZALDÚA, Gloria. La conciencia de la mestiza/Rumo a uma nova consciência. In: LORDE, Audre [et. al.]. *Org. Heloisa Buarque de Hollanda. Pensamento Feminista; conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

BARRETO, Lima. Diário do Hospício. In: BARRETO, Lima. *Diário do Hospício; O Cemitério dos Vivos*. Prefácio Alfredo Bosi. organização e notas Augusto Massi, Murilo Marcondes de Souza. 1ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

BARRETO, Carmem Lúcia Brito Tavares. Angústia e Desamparo: o sofrimento humano na era da técnica moderna. In: BARRETO, C. L. B. T. (Org.); SIQUEIRA LEITE, D. F. C. C. (Org.); SILVA, E. F. G. (Org.). *Clínica Psicológica e Sofrimento Humano: uma perspectiva fenomenológica existencial*. 1. ed. v. 1. Curitiba: CRV, 2018.

BARROS, Mateus Monteiro de Gois. Percepção pictorial, força de preensão palmar e nível de desconforto sonoro na esquizofrenia. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2023. Disponível em <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/50771/1/DISSERTA%20c3%87%20c3%83O%20Mateus%20Monteiro%20de%20Gois%20Barros.pdf>> Acesso em 15 de Julho de 2023.

BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In: BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. pp. 99-147.

BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Organização Paulo Amarante. Tradução Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: I. Carone, M. A. Bento (Eds.). Psicologia social do racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. 2ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2003. pp. 25-57. Disponível em <<https://www.media.ceert.org.br/portal-3/pdf/publicacoes/branqueamento-e-branquitude-no-brasil.pdf>> Acesso em 01 de Fevereiro de 2023.

BOSI, Alfredo. Prefácio. In: BARRETO, Lima. Diário do Hospício; O Cemitério dos Vivos. Prefácio Alfredo Bosi. organização e notas Augusto Massi, Murilo Marcondes de Souza. 1ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em 01 de Dezembro de 2022. Acesso em 04 de Janeiro de 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental – Cadernos de Atenção Básica, Nº 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CASTILHO, Cláudio Jorge Moura de; BAUTISTA, Diana Carolina Gómez; CAMPOS, Dóris Janylla Siqueira Lopes; GOMES, Milena Barros. Territórios ameaçados no contexto de expansão da urbanização neoliberal - o caso do Coque - Recife - PE. Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais, Recife, v. 7, n. 1, 2018, p. 48-67. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistamseu/article/view/236849/30374>> Acesso em 19 de Fevereiro de 2023.

COUTO, G.; MEDEIROS, A; MIRANDA, S; PINHEIRO, M.A.; UCHÔA, R; A.M., SIMÕES DA FONSECA; R. VIANA. A experiência de Pernambuco na área de reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana. (Org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 113-119.

DE ALMEIDA FILHO, Naomar; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. Revista USP, n. 43, p. 100-125, 1999. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28481/30335>>. Acesso em 30 de Setembro de 2022.

FACUNDES, Vera Lúcia Dutra. O discurso e a prática no Centro de Atenção Psicossocial: a construção do cuidado em saúde mental. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco; Recife, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8181/1/arquivo1445_1.pdf> Acesso em 09 de Janeiro de 2023.

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FAUSTINO, Deivison. O mal-estar colonial: racismo e o sofrimento psíquico no Brasil. *Clínica & Cultura* v. 8, n. 2, 2019, p. 82 – 94. Disponível em: <<https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/14907>> Acesso em 21 de Dezembro de 2022.

FIAMONCINI, Carolina Maciel. *Vivências estressoras, violência autoinfligida e comportamento suicida em universitários*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco; Recife, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/40237/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Carolina%20Maciel%20Fiamoncini.pdf>> Acesso em 09 de Janeiro de 2023.

FILHO, José Adelmo da Silva Filho; BEZERRA, Adriana de Moraes. *Acolhimento em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa*. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*. V.12, N. 40. 2018

FOUCAULT, Michel. *Sobre a geografia*. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 26ª ed. São Paulo: Graal, 2013, p. 244-261.

FOUCAULT, Michel. *A casa dos loucos*. In. FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. 26ª ed. São Paulo: Graal, 2013. p. 190-212.

FRANÇA, Thaís Lorena Barbosa de; OLIVEIRA, Andressa Cristina Batista de Lacerda; LIMA, Lílian Felizardo; MELO, Jácia Kaline Ferreira de; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. *Síndrome de Burnout: Características, Diagnóstico, Fatores de Risco e Prevenção*. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 8(10): 2014, p. 3539-46. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10087/10538>> Acesso em 03 de Julho de 2023.

FRANCES, Allen. *Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle*. Tradução Heitor M. Corrêa. 1ª ed. Rio de Janeiro: Versal, 2016.

FURTADO, Mariama Augusto. *O lugar do sofrimento na cultura contemporânea: patologização do mal-estar e medicalização da vida*. Tese de Doutorado. Curso de Pós-graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://pos.eicos.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/2014_DOUT_Mariama_Augusto_Furtado.pdf> Acesso em 10 de Janeiro de 2023.

GONÇALVES, Leandro Augusto; OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GADELHA, Ana Giselle dos Santos; MEDEIROS, Thamires Monteiro de. *Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades-uma (não) agenda?* *Saúde em debate*, v. 43, 2020. p. 160-174. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/K6WrycmkxTftSzLpHKzn46f/?format=pdf&lang=pt>>
Acesso em 10 de Março de 2023.

GROSGOUEL, Ramón. A estrutura do conhecimento nas universidades ocidentalizadas: racismo/sexismo epistêmico e os quatro genocídios/epistemicídios do longo século XVI. *Revista Sociedade e Estado*, v. 31, n. 1, p. 23-47, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/se/a/xpNFtGdzw4F3dpF6yZVVGgt/?lang=pt>> Acesso em 13 de Janeiro de 2023.

HAN, Byung-Chul. *Sociedade do Cansaço*. Tradução de Enio Paulo Giachini. 2ª. edição ampliada. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*. (5), 1995: 07-42. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>>. Acesso em 07 de Novembro de 2022.

HILST, Hilda. O Caderno Rosa Lori Lamby. In. *Pornô Chic*. 1ª Ed. São Paulo: Globo, 2014, p. 9-24

JESUS, Carolina Maria de. *Quarto de Despejo: diário de uma favelada*. 10ª Ed. São Paulo: Ática, 2014.

KILOMBA, Grada. A Máscara. *Cadernos de Literatura em Tradução*, Nº 16 São Paulo, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/clt/article/view/115286/112968>> Acesso em: 04 de novembro de 2022

KOBASHI, Nair Yumiko; SANTOS, Raimundo Nonato Macedo dos. Arqueologia do trabalho imaterial: uma aplicação bibliométrica à análise de dissertações e teses. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 7., 2006, Marília, SP. Anais eletrônicos... Marília: ANCIB, 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2008v13nesp1p106/868>> Acesso em 01 de Janeiro de 2023

KRIPKA, Rosana; SCHELLER, Morgana; BONOTTO, Lara Bonotto. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. *Atas CIAIQ2015. Investigação Qualitativa em Educação/Investigación Cualitativa en Educación*, v. 2, 2015, p. 243-247. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252/248>> Acesso em 04 de Janeiro de 2023

LUGONES, María., 2014, 'Rumo a um feminismo descolonial', *Estudos Feministas*, Vol. 22, No.3, pp.935-952. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ref/a/QtnBjL64Xvssn9F6FHJqznb/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 30 Novembro de 2022.

MARQUES, Isabela Paschoalotto. *A Saúde Mental Brasileira sob o Olhar Decolonial: contribuições para o Debate da Saúde Mental global a partir de uma Experiência de Cooperação Internacional com a Itália*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, 2020. Disponível em: <

<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/12712/disserta%C3%A7%C3%A3o%20reposit%C3%B3rio%20docx.pdf?sequence=5&isAllowed=y> Acesso em 12 de Novembro de 2022.

MATIAS DOS SANTOS, Vívian. Para (re)pensar política científica no Brasil: uma contribuição feminista contra-colonial. *Africa Development -Council for the Development of Social Science Research in Africa*, v. 46, p. 121-154, 2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/355210004_Para_repensar_politica_cientifica_no_Brasil_uma_contribuicao_feminista_contra-colonial> Acesso em 11 de Novembro de 2022.

MARTINS, Zilda; BASTHI, Angélica; JULIE, Raika; MOURA, Amanda; MICHELLE, Lídia. Do racismo epistêmico às cotas raciais: A demanda por abertura na universidade. *Revista Eco-Pós*, 21(3), 122–146. 2018. Disponível em: <https://revistaecopos.eco.ufrj.br/eco_pos/article/view/20276/12630> Acesso em 07 de Dezembro de 2022.

MENEZES, José Euclimar Xavier de; SANTOS, Denise Neves dos. Tensões entre diagnóstico psiquiátrico e construções identitárias. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande*, v. 4, n. 2, 2012. p. 152-160. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2012000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 fev. 2023.

MOMBAÇA, Jota. Pode um cu mestiço falar? *Medium*, 6 jan. 2015. Disponível em: <<https://medium.com/@jotamombaca/pode-um-cu-mestico-falar-e915ed9c61ee>> Acesso em: 04 de novembro de 2022

MOMBAÇA, Jota. Rastros de uma submetodologia indisciplinada. *Revista Concinnitas*, Rio de Janeiro, ano 17, v. 01, n. 28, 2016. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/concinnitas/article/view/25925/18566>> Acesso em 01 de outubro de 2021.

NASCIMENTO, Bruno Marcello Mendonça. A Escola de Psiquiatria do Recife: fundação e 1ª sucessão – de Ulysses Pernambuco a José Lucena. Dissertação (mestrado). Programa de Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2007. Disponível em: <repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8805/1/arquivo9493_1.pdf> Acesso em 16 de Outubro de 2022.

NOLASCO, Edgar César. A (des)ordem epistemológica do discurso fronteiriço. In: BESSA-OLIVEIRA, Marcos Antônio; NOLASCO, Edgar César; GUERRA, Vânia Maria Lescano; FREIRE, Zélia R. Nolasco dos S. (Org.). *Fronteiras Platinas em Mato Grosso do Sul (Brasil/Paraguai/Bolívia): biogeografias na arte, crítica biográfica fronteiriça, discurso indígena e literatura de fronteira*. Campinas, SP: Pontes Editores, 2017, p. 65-93. Disponível em: <<https://trilhasdahistoria.ufms.br/index.php/cadec/article/view/3646/2905>>. Acesso em 16 de outubro de 2022.

OKA, Parente Barreto; COSTA, Henrique Antunes. Os Caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira: Um estudo documental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health*, [S. l.], v. 14, n. 40, 2022. p. 01–29. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>>. Acesso em: 16 Fevereiro de 2023.

OLIVEIRA, Amanda da Silva Dias; DE SOUZA PEREIRA, Maristela; DE LIMA, Luana Mundim. Trabalho, produtivismo e adoecimento dos docentes nas universidades públicas brasileiras. *Psicol. Esc. Educ.* 21 (3). 2017. p. 609-619. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pee/a/V3Twyq9cC536hK6PyGqhQBQ/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 18 de outubro de 2022.

PADOVAN, Maria Concepta. As aparências enganam: aspectos da construção da loucura feminina no Recife dos anos 1930-1945. Tese (doutorado). Programa de Pós-graduação em História. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2012. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11050/1/As%20aparencias%20enganam.pdf>> Acesso em 13 de Outubro de 2022.

PARDAL, Fernando. Ataques Aa Sus - a Associação Brasileira de Psiquiatria e as “ideologias irresponsáveis” na saúde mental. *Esquerda Diário*, São Paulo, 8 de Dezembro de 2020. Disponível em: <<https://www.esquerdadiario.com.br/A-Associacao-Brasileira-de-Psiquiatria-e-as-ideologias-irresponsaveis-na-saude-mental>> Acesso em 12 de Fevereiro de 2023.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Physis* [online]. 2014, vol.24, n.4, pp.1035-1052. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000401035&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 31 Janeiro de 2023.

PINA, M. M.; PARREIRA, F. R. O (Não)Lugar de uma Psicóloga Negra na Saúde Mental: uma Análise Crítica de Práticas (NEO) Coloniais em Caps Ad III. *Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva*, Salvador, v.3, n.e14193, 2022, p.1-14. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/14193/10440>> Acesso em 21 de Janeiro de 2023.

PIRES, Maria Cláudia da Cruz. Estudo sobre tentativa de suicídio por envenenamento no Recife – PE, Brasil. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco; Recife, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8098/1/arquivo1348_1.pdf> Acesso em 09 de Janeiro de 2023.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*, v. 13, n.35, p. 71-88, 1999. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9458/11026>>. Acesso em 09 de Janeiro de 2023.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Para além do Pensamento Abissal: das linhas globais uma ecologia de saberes. *In: SANTOS, Boaventura de Sousa. MENESES, Maria Paula (Orgs). Epistemologias do Sul*. Coimbra: Edições Almedina. AS, 2009.

SANTOS, Jouberte Maria Leandro. “Porque a cidade é feita pelas pessoas”: uma análise do discurso do movimento social direitos urbanos. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Administração. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Federal de Pernambuco. Universidade Federal de Pernambuco; Recife, 2017. Disponível em:

<<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/29374/1/TESE%20Jouberte%20Maria%20Leandro%20Santos.pdf>> Acesso em 12 de Janeiro de 2023.

SCHUCMAN, Lia Vainer. Entre o "encardido", o "branco" e o "branquíssimo": raça, hierarquia e poder na construção da branquitude paulistana. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-21052012-154521/publico/schucman_corrigida.pdf> Acesso em 02 de Janeiro de 2023.

SARMENTO, Luiz Eduardo Pinheiro. Patrimônios ausentes, cidades invisíveis: Lutas, conflitos e novas centralidades urbanas. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em Antropologia. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/29915/1/TESE%20Luiz%20Eduardo%20Pinheiro%20Sarmiento.pdf>> Acesso em 22 de Janeiro de 2023.

SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; DIMENSTEIN, Magda. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. Estudos de Psicologia, 14(1), 2009, 59-67. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/epsic/a/qj6xKJqzx7cvSjzwZBXHD7J/abstract/?lang=pt>> Acesso em 13 de Outubro de 2022.

SILVA, Alexciane Priscila; MORAIS, Heloisa Maria Mendonça de; ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisbôa; LYRA, Tereza Maciel. Os desafios da organização em rede na atenção psicossocial especializada: o caso do Recife. Saúde Debate. Rio de Janeiro, V. 45, n. 128, 2021. p. 66-80.

SILVA, Michel Goulart da. Capitalismo, pós-graduação e adoecimento mental. Metodologias e Aprendizado. [S. l.], v. 5, 2022, p. 1-14. Disponível em: <<https://publicacoes.ifc.edu.br/index.php/metapre/article/view/2378>> Acesso em: 5 jul. 2023. Acesso em 19 de Janeiro de 2023.

SILVA JUNIOR, Nelson da. Epistemologia psiquiátrica e marketing farmacêutico: novos modos de subjetivação. Stylus (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 33, p. 227-239, nov. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2016000200018> Acesso em 16 de Outubro de 2022.

SIQUEIRA, Vinicius. Saúde Mental: apanhado das ações do Governo Bolsonaro. Colunas Tortas, São Paulo, 8 de Dezembro 2021. Disponível em: <<https://colunastortas.com.br/saude-mental-apanhado-das-acoes-do-governo-bolsonaro/>> Acesso em 12 de Fevereiro de 2023.

SOUZA, Jacqueline de; Kantorsk, Jacqueline de Souza; & LUIS, Margarita Antonia Villar. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. Revista Baiana de Enfermagem, 25(2), (2011). p. 221-228. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>> Acesso em 13 de Outubro de 2022.

SPAREMBERGER, Raquel Fabiana Lopes; OLIVEIRA, Flavia Dall Agnol de. Colonialidade e feminismo subalterno em “Quarto de despejo” de Carolina Maria de Jesus.

ANAMORPHOSIS - Revista Internacional de Direito e Literatura, Porto Alegre, v. 6, n. 2, 2020, p. 511–527.

WHITAKER, Robert. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento da doença mental. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

YANAGIHARA, Hanya. Uma vida pequena. Tradução de Roberto Muggiati. 1. Ed. Rio de Janeiro: Record, 2016.

YASUI, Silvio. Entre o Cárcere e a Liberdade: Apostas na Produção Cotidiana de Modos Diferentes de Cuidar. BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS – Volume 5 - Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2015, p. 14-22.