

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - CED
CURSO DE PEDAGOGIA

ELLEN AMARAL CHAVES TIMOTEO

Saúde Mental e Educação: problematizações sobre medicalização e invisibilização do sofrimento psíquico nas trajetórias acadêmicas de estudantes universitárias

FLORIANÓPOLIS

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO - CED
CURSO DE PEDAGOGIA

ELLEN AMARAL CHAVES TIMOTEO

Saúde Mental e Educação: problematizações sobre medicalização e invisibilização do sofrimento psíquico nas trajetórias acadêmicas de estudantes universitárias

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Licenciado em Pedagogia.

Orientador: Profa. Ana Carolina Christofari, Dra.

Coorientador: Prof. Rogério Machado Rosa, Dr.

FLORIANÓPOLIS

2021

Timoteo, Ellen Amaral Chaves Timoteo Saúde Mental e Educação: problematizações sobre medicalização e invisibilização do sofrimento psíquico nas trajetórias acadêmicas de estudantes universitárias / Ellen Amaral Chaves Timoteo Timoteo ; orientador, Ana Carolina Christofari Christofari, coorientador, Rogério Machado Rosa Rosa, 2021. 103 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Graduação em Pedagogia, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Pedagogia. 2. educação. 3. sofrimento psíquico. 4. estudantes universitárias. I. Christofari, Ana Carolina Christofari. II. Rosa, Rogério Machado Rosa. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Pedagogia. IV. Título

Ellen Amaral Chaves Timoteo

Saúde Mental e Educação: problematizações sobre medicalização e invisibilização do sofrimento psíquico nas trajetórias acadêmicas de estudantes universitárias

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Licenciada em Pedagogia e aprovado em sua forma final pelo Curso Pedagogia.

Florianópolis, 17 de maio de 2021

Profa. Dra. Joana Célia dos Passos
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Carolina Christofari
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Rogério Machado Rosa
Coorientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Marta Corrêa de Moraes
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Patricia Laura Torriglia
Avaliadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Patrícia de Moraes Lima
Suplente
Universidade Federal de Santa Catarina

Este trabalho é dedicado àqueles que se sentem ou sentiram excluídos, desajustados e deslocados da/na sociedade, dos outros e de si próprios.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Ana Carolina Christofari por ter topado o meu pedido tão sorrateiro e por ter sido tão incrível para além desse processo. Agradeço a paciência e afeto mesmo nos momentos mais difíceis. Você é especial e maravilhosa.

Ao meu coorientador Rogério Rosa por entrar de cabeça nesse projeto conosco e ser esse humano e orientador maravilhoso. Com você ficou tudo mais completo, obrigada pelas contribuições para o trabalho e para a vida. Você é incrível.

Ao meu esposo Weverton, minha pessoa favorita, pelo apoio incondicional nos momentos de luz e de trevas. Por me segurar a cada queda e me incentivar a seguir em frente acreditando no meu potencial e no meu trabalho. Eu amo você até as mais distantes galáxias.

À minha família por ter me apoiado, suportado e guiado até aqui. Com vocês eu aprendi a ser quem eu sou.

Ao meu irmão Igor que contribui avidamente com meu processo de escrita e me distraiu também com sua bobagem nos momentos mais esquisitos. Ele é aquele tipo de pessoa que sabe acolher com a alma e o coração, ele próprio é um pedaço da minha alma e coração. O que seria de mim sem os insights geniais dele seguidos de memes?

Ao Vinícius, meu querido amigo. Quando penso em saúde mental, logo penso nele, que me apoiou e cuidou de mim quando estive muito doente. Sem ele não haveria esse trabalho, pois não haveria eu. Vinícius é a prova real da diferença que um amigo, que uma escuta carinhosa e atenta pode salvar uma vida. Ele salvou a minha. Obrigada por segurar tantas barras comigo e ser esse docinho. Eu te amo.

Aos meus amigos pelo incentivo e pela presença. Vocês fazem toda a diferença na minha vida.

Às minhas amigas da graduação que riram e choraram comigo. Crescemos juntas. Quero agradecer em especial à Raíssa, Malu, Thalita e Mariana por todo amor e parceria. Que sigamos juntas pela vida.

À cada amigo e colega que fiz nessa jornada, muito obrigada. Levo um pouco de cada um comigo.

Às pessoas queridas que deram as entrevistas e contribuíram com este trabalho. Amábilis, Bianca, Fernanda e Violeta, obrigada.

À Carolina Amarante, Marcos Silva e Lilian Materaggia por todo afeto, apoio e por me ajudarem a revisar este trabalho. Ele é um pouquinho de cada um de vocês.

Aos professores que me guiaram até aqui. Vocês me ensinaram mais que as letras, os números e a ser uma pessoa melhor. Vocês me ensinaram resistência.

Aos professores da graduação, que além do conhecimento, me deram afeto e foram uma família quando eu estava longe da minha. Vou levar a empatia, o amor, a generosidade de vocês para a vida.

À Universidade pública e de qualidade que se abriu para mim e me abriu tantas portas. A todos os trabalhadores que fazem da universidade, Universidade. Professores, técnicos, terceirizados. Aos trabalhadores da secretaria do CED: Meri, Clausio e Flávia, Obrigada.

Mais difícil do que escrever ficção é, certamente, escrever sobre a realidade.
Mais difícil do que inventar é, na certa, lembrar, juntar, relacionar, interpretar-se.

Explicar-se é mais fácil do que ser.

E escrever é sempre um ato de existência. Quando se escreve, conta-se o que é.

Parece que se inventa, mas não: vive-se. Parece que se cria mas na verdade
aproveita-se.

A história como que está pronta dentro da gente.

É como a pedra bruta, da qual o escultor tira os excessos.

O que sobra é a obra.

No espírito, no fundo, no íntimo, a história espreita.

Ela existe antes que o escritor suspeite.

A história é mais real do que qualquer explicação.

A realidade do que sou está mais no que escrevo do que nas racionalizações que eu
possa fazer.

Ruth Rocha

RESUMO

Atualmente muito tem-se falado sobre saúde mental e o sofrimento psíquico, que pode ser entendido como um processo de adoecimento do aparelho psíquico, sendo capaz de ir de um sofrimento mais facilmente tratável, a um sofrimento severo e persistente, podendo dificultar a vida de quem está acometido. Contudo, essa temática ainda é pouco explorada na Educação. A pergunta que impulsiona o desenrolar desta monografia é: “Que lugar ocupam na educação as pessoas com sofrimento psíquico?”. Desse modo, a presente pesquisa tem o objetivo de compreender a trajetória de escolarização de estudantes universitárias com sofrimento psíquico. O delineamento da pesquisa foi a abordagem qualitativa para focar na investigação do grupo, e a metodologia foi a pesquisa de campo com um estudo participativo. Foram entrevistadas quatro mulheres: duas profissionais que estão começando a lidar com pessoas com sofrimento psíquico; e duas estudantes da Pedagogia. É utilizada também a (auto)biografia, pois narro e reflito passagens da minha vida, que se mesclam às das mulheres participantes da pesquisa. Para tal, é discutido o sofrimento psíquico historicamente no tempo e espaço da humanidade, e também na história das mulheres participantes da pesquisa, organizada em quatro seções. Na seção 1, intitulada *O louco historicamente construído*, faz-se uma revisão histórica a respeito do sofrimento psíquico desde a Grécia antiga até o Brasil atual, procurando entender o lugar de não-lugar que as pessoas com sofrimento psíquico ocupam. Na seção 2 *Vivências escolares e afetivas das mulheres participantes da pesquisa* são apresentadas as mulheres da pesquisa e as primeiras narrativas na qual se fala dos atendimentos da CAE e de experiências das mulheres. Na seção 3 *Os corpos medicalizados* se explora a medicalização como dispositivo de controle no ensino, e as mulheres trazem seus relatos sobre o assunto. A seção 4 *A arte como forma de resistência* discute a arte como formadora de subjetividades e como forma de ressignificar a existência. Conclui-se com essa pesquisa que o sofrimento e a educação são assuntos que caminham juntos e precisam de mais atenção da parte dos pesquisadores; a medicalização é um dispositivo de controle dos corpos, e dos corpos dentro da escola; a arte salva vidas e constrói humanidades.

Palavras-chave: Educação. Sofrimento psíquico. Medicalização. Arte.

ABSTRACT

Nowadays it's common to hear people talking about mental health and psychic suffering; which can be understood as the process of illness of the psychic apparatus. It can be easier treated or even severe persistent suffering and can make life difficult for those who are affected. Although this topic is not well-explored in the Education discipline. The question that promotes the writing of this monograph is: 'Where the psychic suffering people are located in the Education system?'. Thus this research has an objective to comprehend the university female students' schooling path with mental suffering. The research outline was the qualitative approach to focus on group investigation and the methodology was the field research with participatory study. Were interviewed four women: two professionals that are starting to deal with psychic suffering people; and two Pedagogy students. Also is used (auto)biography, because I tell and reflect on the happenings of my life, that merges with the research participants. To accomplish that is discussed the psychic suffering historically in humanity's time and location, organized in four sections. In the first section, titled 'The mad historically built', it historically reviewed about psychic suffering since old Greece until currently at Brazil, seeking to understand the place of no-place which psychic suffering people are located. In section 2 'School and affective living of participants women of research' explores the first narratives in which talks about the CAE attendances and its experiences. In section 3 'The medicalized bodies and the Education' subjects the medicalization as device control in teaching, then women bring their speech about it. In section 4 'The art as resistance form' discuss art as subjectivity maker as ways to give purpose to the existence. Finally concludes with this research that psychic suffering and Education are close-related subjects and needs more attention from researchers; medicalization is a body control device; mainly inside the school; art saves lives and builds humanity.

Keywords: Education. Psychic suffering. Medicalization. Art.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Nau dos Loucos.....	37
Figura 2. Noite Estrelada.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pesquisa sobre Sofrimento Psíquico.....	26
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAE – Coordenadoria de Acessibilidade Educacional
CAEE – Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CAPS - Centro de Apoio Psicossocial
CAPS - AD - Centro de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas
CED - Centro de Ciências da Educação
CID – Código Internacional da Doença
IPQ - Instituto de Psiquiatria
LBI - Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência
NADE - Núcleo de Aprofundamento de Estudos
NAPS - Núcleo de Apoio Psicossocial
NDI - Núcleo de Desenvolvimento Infantil
NUVIC - Núcleo de Estudos sobre as Violências
PIBID - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Docente
SAPSI – Serviço de Atenção Psicológica
SCIELO – Scientific Electronic Library Online
SOE – Serviço de Orientação ao Estudante
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC - Trabalho de Conclusão de Curso
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
VHS – Video Home System

SUMÁRIO

1	AFETO-PISTAS INICIAIS DA PESQUISA	15
1.1	OBJETIVOS	26
1.1.1	Objetivo Geral.....	26
1.1.2	Objetivos Específicos	26
1.2	ELEMENTOS JUSTIFICATIVOS DA PESQUISA.....	26
2	METODOLOGIA.....	28
2.1	DELINEAMENTO E FONTES DE INFORMAÇÕES	28
2.2	ESTRATÉGIAS DE ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DA PESQUISA.....	29
2.2.1	Procedimento de contato com os sujeitos da pesquisa	29
2.3	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DAS NARRATIVAS	31
2.4	ASPECTOS ÉTICOS	32
2.5	AS MULHERES PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	33
3.	O LOUCO HISTORICAMENTE CONSTRUÍDO E O SOFRIMENTO PSÍQUICO	34
4.	VIVÊNCIAS AFETIVAS E ESCOLARES DAS MULHERES PARTICIPANTES DA PESQUISA	54
5.	OS CORPOS MEDICALIZADOS	64
6.	A ARTE COMO FORMA DE RESISTÊNCIA	73
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
8.	REFERÊNCIAS	83
	APÊNDICE A– CONVITE ESTUDANTES DA CAE	88
	APÊNDICE B – Entrevista estudantes.....	89
	APÊNDICE C – Entrevista Gestores.....	90
	APÊNDICE D – TCLE Gestores.....	91
	APÊNDICE E – tcle estudantes.....	94
	APÊNDICE F – carta resposta.....	97

1 AFETO-PISTAS INICIAIS DA PESQUISA

A presente pesquisa surgiu de um conjunto de dúvidas que venho elaborando e elucubrando ao longo da vida, mas, sobretudo, da experiência pessoal com um transtorno bipolar que provavelmente me acompanha desde a infância. As vivências escolares que tive e a própria organização escolar em si também contribuíram para que esta pesquisa surgisse, principalmente minha trajetória na universidade que me deu embasamento para responder muitas dessas dúvidas e formular outras tantas questões.

Antes de iniciar propriamente o meu relato, gostaria de situar você, cara/o leitor/a, no tempo e espaço na qual este trabalho foi concebido. Iniciaremos com um breve relato sobre os tempos de pandemia e depois passaremos à minha história. Comecei em 2018 e por uma série de fatores, como estágios obrigatórios e não obrigatórios, disciplinas a cursar, mudança de casa, mudanças pessoais e minha saúde mental, não pude concluir brevemente. Então no ano de 2020, que seria meu último na universidade, eu estava para cursar Libras e defender o TCC quando fomos abruptamente atravessados por uma pandemia, daquelas que só víamos em livros de história e nos perguntávamos o quão horrível seria enfrentar uma. Pois bem, chegou a hora de colocar esses pensamentos em prática, pois precisávamos sobreviver, cuidar de nós, de quem amamos e do coletivo. A COVID-19 chegou sem data para ir embora, lamentavelmente.

Em meio a todo o caos da situação, tínhamos Jair Bolsonaro como presidente da república, negando que havia um vírus perigoso, chamando-o de “gripezinha”. Seu negacionismo era tamanho que passou até a negar que a Terra é redonda. Ele também trocou o ministro da saúde quatro vezes, nomeando Luiz Henrique Mandetta, Nelson Teich, Eduardo Pazuello e Marcos Queiroga para o cargo. Mandetta e Teich saíram por desavenças e discordâncias com o presidente, que decidiu por colocar Pazuello, um militar sem formação médica no cargo, mais uma vez, transferido, a Queiroga, médico cardiologista.

A crise sanitária se instaurou, o desemprego e a fome também. O preço do dólar quase atingiu a marca de seis reais e os produtos no mercado não estavam tão caros há anos! Até meus quase trinta, não me lembro de pagar R\$ 10,00 em um quilo de feijão... Mas uma das coisas que mais me assusta é o modo como a vida passou a ser tratada: de três a quatro mil mortes por dia, decorrentes da COVID-19, e nenhuma delas foi suficiente para tocar o governo federal a tomar ações mais assertivas em favor da vida e do povo. A quarentena não foi respeitada, víamos notícias recorrentes de bailes e festas por todo o Brasil.

Nas ruas, algumas pessoas andavam sem máscara e outras com a máscara no queixo. A humanidade desenvolveu vacinas em tempo recorde, nove meses! Bolsonaro recusou a compra dos lotes alegando que os laboratórios não se responsabilizariam por possíveis efeitos colaterais. As escolas também enfrentavam uma crise séria. A quarentena instaurou o ensino remoto para a educação desde os anos iniciais e, com isso, vieram discussões sobre *home schooling* e a possibilidade de retorno às aulas presenciais.

O ensino remoto traz muitas perdas (pela falta de contato, dinâmicas de relações, brincadeiras etc.) e acaba por não ser democrático, uma vez que, para acessá-lo, é necessário ter um aparelho que se conecte à internet e a rede disponível. Em muitos lares onde faltava comida, imagina acesso à internet? Como ficou a educação dessas pessoas? Com a volta do ensino presencial existia o perigo de contágio e disseminação da doença, e muitos profissionais de educação já morreram em decorrência da COVID-19.

O retorno, ainda que com os cuidados necessários, não era seguro. Os profissionais da educação inicialmente não estavam dentro dos grupos prioritários para receber a vacina. Isso diz muito sobre o lugar que ocupa a Educação no Brasil. Escolas públicas seguiram com o ensino remoto, e algumas particulares arriscaram o presencial. Esse movimento fez eclodir o aumento da procura por estudantes de pedagogia para cuidar e ensinar crianças da educação infantil e acompanhar as crianças em anos iniciais no período das aulas. Foi assim que encontrei emprego em meio a pandemia.

Algumas cidades tentaram decretar *lockdown*, mas não foi possível para a maioria que alegaram que “a economia não pode parar” e que o trabalhador precisava comer. O governo ofereceu, depois de muita pressão, três parcelas de um auxílio emergencial de R\$ 600,00, nos últimos meses de 2020. As pessoas festejaram Natal e Ano Novo ignorando o vírus. Foi uma época difícil de pensar em trabalho enquanto havia morte por todo país e um governo genocida no poder. De três a quatro mil mortes por dia! Perdi meu primo e algumas pessoas próximas. Fiquei mais de um ano sem abraçar e beijar minha família. Os bebês do meu sogro, da minha orientadora e da minha melhor amiga nasceram e eu não pude estar lá. Henri e Vicente fizeram seu primeiro ano e não pude estar lá.

Fiz muitas coisas nessa quarentena: fiz curso, fiz pão, bolo, li, fiz EaD. Comprei zilhões de livros, fiz compras pela internet, experimentei o minimalismo, “destralhei” casa, roupa e coração. Fiz terapia e exercícios e, mesmo assim, ganhei quase dez quilos. Tive medo,

me culpei, me maldisse, me larguei. Me aproximei de mim, me olhei com mais carinho, fiz as pazes comigo, me amei. Estudei muito, mesmo que não fosse assunto do TCC, já que conhecimento nunca é desperdiçado. Uma coisa eu percebi durante esse período: venci a vontade que tinha de morrer. A iminência da morte me mostrou o quanto de vida eu tenho e não quero desperdiçar. Houve dias melhores e dias piores. Não havia mais psiquiatra na clínica popular e eu estava há mais de um ano sem consulta, mas firme com a receita renovada pelo SUS e a medicação por ele também garantida. Viva o SUS!

Pensar o trabalho nesse tempo me trouxe muito sofrimento psíquico. Viver já me exigia tudo. Havia pensamentos em mim acerca de estar fora da idade para estudar - como se houvesse idade certa para isso - e eu tinha pressa de me formar logo. Vi outros colegas se formarem e eu não, o que me causou muito estresse, apesar de estar feliz por eles. E isso não foi apenas comigo, pois todos com quem eu falei nessa temporalidade estavam mal de alguma forma. Talvez este período fique conhecido como um dos piores em questão da saúde mental, que ainda é tão pouco discutida.

Espero que as pessoas tenham força para contar seus relatos e colher os de outras pessoas. Eu sei, não é fácil... Mas há muitas vozes que precisam ser ouvidas, muita gente que precisa ser acolhida. A saúde mental precisa ser discutida, democratizada e pesquisada. Mais do que nunca as pessoas precisam ter acesso tanto ao serviço de saúde mental quanto à informação; e isso só será possível quando houver políticas públicas sérias, e quando essas vozes ecoarem pelos céus, como revoada num fim de tarde.

Enquanto escrevo este trabalho, preciso pensar a saúde mental em um período – o primeiro semestre de 2021 - que certamente entrará para a história como um dos piores momentos da pandemia quanto a mortes, contaminação e disseminação da doença. A pobreza extrema voltou, entraremos para história por voltarmos ao mapa da fome. A Pandemia está longe de acabar no mundo, e sobretudo no Brasil, que ainda tem um governo negacionista e anticiência. A população recebe a vacina em ritmo lento e há bastante desinformação acerca do tema, existindo quem se negue a tomar. O cenário é caótico e distópico, por isso precisamos, como diz Gal Costa, estar atentos e fortes. Contudo, ao contrário do que diz a canção, o que mais temos nesse panorama é tempo para temer a morte... Enfrentamos um período sombrio e precisamos diariamente encontrar forças para fazer brotar a esperança. Tenho-a encontrado na ciência. A humanidade foi capaz de produzir uma vacina em nove meses! Somos capazes de coisas incríveis!

Passemos então ao relato que entrego sobre a minha trajetória.

Fiquei sem tratamento até os 27 anos de idade e nessa temporalidade experimentei sabores e dissabores de forma vívida. Os sentimentos sempre foram muito intensos para mim, e dentro de uma mesma hora posso experimentar a mais genuína euforia e também a mais profunda tristeza. Como lidar? Passei por médicos de várias especialidades e por psicólogos diversos, mas por muito tempo ninguém soube responder minhas perguntas ou conseguiu me ajudar.

Quando criança, me diziam que eu era muito sensível. Era comum me encontrarem chorando e eu até ganhei um apelido por isso: carpideira. O que ninguém sabia, e eu não sabia explicar, era o tamanho dos sentimentos que me sufocavam e eu não encontrava meios de explicar. Então eu chorava. Era o que me restava. Meus pais, desesperados, me levavam ao pediatra, mas não recebiam nenhuma explicação. Melhorei com cerca de sete anos, quando meu irmão nasceu. Desde então somos melhores amigos e suporte um do outro e, apesar de às vezes eu ainda chorar sem identificar o sentimento, ele consegue me acolher e acalmar.

Eu me sentia diferente das outras crianças e não sabia nem como perguntar sobre isso. Constantemente me comparava e me comparavam com elas. A primeira vez que consegui manifestar em palavras o que eu sentia, foi quando meu pai trouxe um VHS da animação “Alice no País das Maravilhas” (1951, Disney) e eu vi o diálogo icônico entre Alice e a Lagarta, na qual esta perguntava à menina quem era ela, de modo que a menina não tinha uma resposta, já que a resposta não era clara para ela. Meu tio avô sempre me perguntava: “Ocê é ocê mesma?”, e eu nunca sabia o que responder... Como eu podia não ser eu mesma? A partir de Alice, mesmo sem uma resposta, comecei a me expressar com palavras e a elaborar melhor o pensamento, mergulhando na pergunta e dialogando com ela e comigo. Passei a não estranhar tanto a pergunta do tio, e compreender que era possível eu ser e não ser eu mesma.

Conforme crescia e começava a ter interações escolares passei a me soltar um pouco mais. Fui alfabetizada na pré-escola. Uma escola particular na qual era para eu ter começado o jardim, mas me colocaram na alfabetização direto e mal brincava. Basicamente não vivi a Educação Infantil. A despeito desse ano na pré-escola e um ano da faculdade de psicologia, meu ensino foi integralmente público. Eu cheguei no primeiro ano e já sabia ler, escrever, e fazer contas. A professora me incentivava a ajudar as crianças na alfabetização e promovia atividades de interação entre nós. Ela sempre prestava atenção nos estudantes e sabia em que

cada um precisava ou podia melhorar. Desse modo, tive a chance de falar e ouvir mais, e melhorei a interação com os colegas.

Com os esforços da professora e trabalhos em grupo, desenvolvi de maneira satisfatória as habilidades sociais e já não era mais tão tímida. No ano seguinte, ao perceber que eu estava “adiantada” em relação aos outros colegas, a professora começou a me usar como exemplo e as outras crianças passaram a me olhar “torto”. Ela também usava um sistema meritocrático com premiações para os melhores alunos e eu sempre era premiada. Mas eu sentia vergonha por saber as coisas, não queria ser exposta e não gostaria que as crianças desgostassem de mim. Elas conversavam comigo e eu entendia a importância das premiações para elas, principalmente os artefatos que elas não tinham em casa, como lápis de cor. Eu achava aquilo doloroso e injusto. Chorei várias vezes para minha mãe. Foi um ano sofrido que terminou com a professora me premiando durante a reunião de pais e me fazendo ler um texto para todos. Eu gaguejei e entreouvi os comentários dos adultos sobre “essa é mesmo a melhor aluna...?”.

Nos anos seguintes consegui me desenvolver socialmente com relativo êxito, apesar da mágoa que restara na relação com as crianças do segundo ano. Como ninguém gostava de “queridinho” de professor e para me enturmar de novo, passei a tirar notas mais baixas e fui aceita. Para compensar isso, eu estudava fora do horário de aula, em casa e na biblioteca. Fiquei popular e alcancei bons momentos, mas ainda me sentia deslocada. Apesar de ter sido boa estudante, eu tinha dificuldades em matemática, para me concentrar e ficar na sala de aula. Também nunca chegava no horário correto; não lembro um único dia que eu não tenha chegado atrasada.

A escola onde eu estudava só fornecia o ensino até o oitavo ano e tive que seguir para o Ensino Médio em um novo local. Eu prestei exame na escola técnica estadual e consegui entrar no Ensino Médio e, depois de um ano, no curso técnico de Turismo. O sentimento de deslocamento se atenuou bastante em virtude dos amigos que fiz (e trago até hoje) mas, com as notas, foi uma luta. Eu não tinha noção de vários conhecimentos abordados pelos professores. “O que viria a ser um raio?” eu pensava. Foi quando percebi que muitos conhecimentos básicos não foi me permitido acesso durante o Ensino Fundamental.

Tive bastante dificuldade, principalmente com matemática, física e química. Também queria brincar o tempo todo como se não tivesse brincado na infância. Era uma euforia que eu não conseguia descrever e muito menos conter. Eu vivia uma organização de tempo, de espaço e de responsabilidades totalmente diferentes do que eu já tinha experienciado até ali. Pegava dois ônibus pra chegar à escola, e almoçava e tomava café da tarde lá. Tive dificuldade nos

trabalhos em grupo e atrapalhei os amigos. Eu esquecia. E se anotava, esquecia que estava anotado. Eu sempre tentava explicar meus sentimentos com alguma passagem do livro da Alice, e geralmente essa:

A Lagarta e Alice ficaram olhando uma para a outra em silêncio. Finalmente a Lagarta tirou o narguilé da boca e se dirigiu a ela numa voz lânguida, sonolenta.

“Quem é *você*?” perguntou a Lagarta.

Não era um começo de conversa muito animador. Alice respondeu, meio encabulada: “Eu... mal sei, Sir, neste exato momento... pelo menos sei quem eu *era* quando me levantei essa manhã, mas acho que já passei por várias mudanças desde então.”

“Que quer dizer com isso?” esbravejou a Lagarta. “Explique-se!”

“Receio não poder explicar”, respondeu Alice, “porque eu não sou eu mesma, entende?”

Não entendo, disse a Lagarta.

“Receio não poder ser mais clara”, Alice respondeu com muita polidez, “pois eu mesma não consigo entender, para começar; e ser de tantos tamanhos diferentes num dia é muito perturbador”.

“Não é”, disse a Lagarta.

“Bem, talvez ainda não tenha descoberto isso”, disse Alice; “mas quando tiver de virar uma crisálida... vai acontecer um dia, sabe... e mais tarde uma borboleta, diria que vai achar isso um pouco esquisito, não vai?”

“Nem um pouquinho”, disse a Lagarta.

“Bem, talvez seus sentimentos sejam diferentes”, concordou Alice; “tudo o que sei é que para *mim* isso pareceria muito esquisito.”

(CARROL, 2009, p. 55-57)

Eu tentava entender o que acontecia, mas nem sempre dava certo...Tinha dificuldade de sentar e estudar, ou estava eufórica ou estava chorando. Também me atrasava diariamente. Repeti o segundo ano. Lembro de ter ido ao S.O.E. (Serviço de Orientação ao Estudante) perguntar sobre dislexia. Eu sabia que tinha alguma coisa diferente e mais do que nunca sabia que não podia continuar daquele jeito. A psicóloga falou que eu não tinha nada, que quem tem alguma coisa não faz pergunta. Essa resposta dela guardo comigo até hoje, sem nunca parar de

pensar sobre isso. Sobre como a dúvida do estudante é acolhida, sobre quem tem o direito de perguntar e quem recebe as respostas.

Apesar do tempo prolongado, terminei o Ensino Médio e entrei no Curso de Graduação em Psicologia. Demorei para aceitar que minha temporalidade era diferente dos demais e que isso não tirava o meu “valor”. Um ano duro, mas de muito aprendizado. Uma professora me chamou para conversar depois da aula e com muito carinho, com muito jeito, sugeriu que eu procurasse um neurologista, um psiquiatra e um psicólogo para avaliação, pois eu parecia ter TDAH (Transtorno de Atenção e Hiperatividade). Acatei a sugestão e fui à neurologista. Ao descrever o que sentia ela me disse para não ficar assustada, mas que eu poderia ter esclerose múltipla, e passou exame. Eu fiquei desesperada e chorei até não aguentar mais. Peguei os exames e não era nada disso, era epilepsia leve. Depois a médica fechou o consultório sem dar nenhuma notícia. Me perguntei sobre a conduta alarmista dela ao abordar tão levemente um paciente já assustado.

Não procurei tratamento novamente até 2013, quando já não dava mais para conviver com crises de pânico e surtos psicóticos diariamente. Tinha a depressão também, houve uma fase que desempenhar atividades corriqueiras como tomar banho, escovar os dentes, me vestir e sair da cama demandavam tudo de mim. Em alguns dias eu não conseguia. Aconteceram duas tentativas de suicídio. Já não dava mais pra me deixar sozinha, pra eu continuar assim, então meu esposo me levou ao médico e comecei a tratar com psiquiatra, neurologista e psicóloga. Os médicos não me explicavam muitas coisas, e testavam muitos remédios. Me diagnosticaram com depressão e ansiedade generalizada. Fiquei muito mal com os remédios e sofri com efeitos colaterais, chegando a perder a capacidade de distinguir situações de risco, como uma vez que esqueci uma panela no fogo e deu-se um princípio de incêndio. Eu também vivia fora de mim... Meu esposo conta que houve uma ocasião em que eu saí correndo pelo quintal, braços abertos, jurando ser um avião. Mudamo-nos de São Paulo para Florianópolis em 2014, e eu deixei esse tratamento.

Depois da mudança passei praticamente um ano dentro de casa, saindo só para atividades básicas ou quando meu esposo insistia. Não estava nada bem, e seguia sem tratamento. Uma vizinha preocupada com minha postura, bateu à minha porta e fez seguidos convites para sair e também para conhecer a escola onde ela estudava. Era a Escola Profissional

de São José. Não só conheci, como ingressei e pude realizar o sonho de cursar pintura em tela e corte e costura. A arte sempre esteve presente na minha vida, sempre foi o que me sustentou.

No ano de 2016 iniciei o Curso de Graduação em Pedagogia, na Universidade Federal de Santa Catarina. Não era o curso que eu queria de início, pois ansiava terminar o curso de Psicologia, mas, metaforicamente, me parece que foi o curso de Pedagogia que me escolheu. Eu me entreguei de alma e coração. Desde o começo me identifiquei com as disciplinas e me apaixonei. A Teoria Histórico-Cultural mudou minha visão de mundo e de ser humano, e através dela passei a me compreender melhor também. Apesar do engajamento foi um início difícil pois eu tinha muitas crises de ansiedade e ainda não estava em tratamento. Tive apoio dos professores e coordenação do curso, mas nem sempre tive apoio das colegas que, por vezes, mostravam impaciência comigo. Eu desenhava e pintava durante as aulas em tentativa de melhorar o foco e para diminuir a carga de estresse. Os professores acolheram bem essa ação e funcionou nesse período. Contudo chegou uma hora que eu não conseguia conter os ímpetos emocionais, eu precisava de ajuda.

Em 2018 retomei o tratamento após a situação ficar insustentável na vida e na graduação. Eram trabalhos sempre atrasados, sofrimento para estudar, para viver. Outros eventos também dispararam os ataques de pânico e eu não conseguia mais sair de casa. Novamente meu esposo me levou ao psiquiatra e, pela primeira vez, fui tratada como um ser humano, a minha história foi ouvida com grande atenção. Depois de mais de uma hora de consulta e uma boa anamnese, ele contou que eu parecia ter alguma forma de transtorno afetivo bipolar. O psiquiatra me prescreveu um remédio para estabilizar o humor e outro para me ajudar a dormir, me pediu um exame para medir a taxa do lítio no sangue e adicionou que gostaria de me ver a cada dois meses para um acompanhamento. Me explicou que demoraria para me estabilizar, mas que certamente eu ficaria bem. Por fim, ele disse que eu não precisava ficar assustada ou me apegar ao CID (Código Internacional da Doença), pois eu não era um transtorno, ele só era uma parte de quem eu sou. Eu saí do consultório e chorei. Pela primeira vez em muito tempo tive esperança e uma perspectiva de melhora.

Minha vida realmente melhorou muito com o tratamento medicamentoso e com a terapia sistêmica. A abordagem do médico fez toda a diferença. Ele conduziu cada atendimento com

muito respeito, empatia e cuidado, sempre me lembrando do ser humano que sou, antes de qualquer outra coisa. Eu ainda explicava meus sentimentos de acordo com o diálogo de Alice com a Lagarta, mas dessa vez já me lembrando que “um lado te faz crescer, e o outro lado te fará diminuir” (CARROL, 2009, p. 61).

Eu sempre pensei sobre esse sentimento de ser diferente. Não somos todos? Em qual proporção? O que é o tal “normal” que é professado por aí? Quais as condições dessa normalidade? De onde fala e para quem fala essa normalidade? Foi durante a graduação em Pedagogia e o contato com o Materialismo Histórico¹, Paulo Freire (1921-1997), teorias filosóficas, de desenvolvimento humano e educacionais, que comecei a formular mais e mais perguntas sobre o que é ser normal. O contato com a disciplina de Educação Especial me fez questionar o motivo do sofrimento psíquico, inclusive o severo e persistente, não fazer parte da Educação Especial, dado que ele tem sua especificidade. Esse sofrimento não se enquadra na classificação do que é normal, já que há situações que fogem ao que uma pessoa pode lidar sozinha, como crises de pânico; o sofrimento psíquico também não é abrangido pela Educação Especial, pois não é deficiência. Quem respalda essas pessoas? Onde o sofrimento psíquico encontra suporte?

Além desse, outro questionamento surgiu da disciplina de Educação Especial, que diz respeito aos processos de medicalização da vida que está em ebulição, sobretudo na esfera escolar. Cada vez mais se tem individualizado questões que são relacionadas ao contexto político, econômico e social, transformando comportamentos e modos de se relacionar com o mundo em patologias. Esse movimento produz saberes que são considerados verdades sobre transtornos, síndromes, e construindo lugares de sujeito tais como: o desviante, o anormal, conduzindo uma interpretação social sobre determinados comportamentos e modos de estar no mundo com base na biopolítica de Foucault (1926-1984), conceito lançado em 1974, no Rio de Janeiro.

Com a disciplina de Educação Especial, veio a professora Ana Carolina Christofari², que acolheu minhas dúvidas e também meu projeto de TCC como orientadora em 2018. Juntas

¹ Teoria política, sociológica, econômica e filosófica cunhada por Karl Marx e Friedrich Engels, no século XIX.

² Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Catarina, no Departamento de Estudos Especializados em Educação. Coordenadora do Grupo de Estudos em Michel Foucault. Ministrou as aulas de Educação Especial à minha turma. Minha orientadora.

tentamos responder várias destas questões, e percebemos que poderíamos contar com mais pessoas para estudar, principalmente, Foucault. A orientadora convidou os professores Alexandre Toaldo Bello³ e Mônica Teresinha Marçal⁴ para formarmos um grupo de estudos, e eles acolheram a proposta com muito afeto. Nos encontrávamos no CED, uma vez por semana, às quintas-feiras, durante o ano de 2019. Procurei também um NADE (Núcleo de Aprofundamento de Estudos) de medicalização que era ofertado e pedi à professora Simone Vieira Sousa⁵ para eu ser aluna ouvinte de duas aulas, pois não poderia me comprometer com mais uma disciplina, porém não queria perder o conhecimento. Ela e outro professor atenderam ao meu pedido e pude frequentar essas aulas. Finalmente pude conhecer esse outro professor, Rogério Rosa⁶, oficialmente, uma vez que eu já havia o acompanhado em banca de doutorado. Mais tarde o convidei para ser meu coorientador neste projeto. Ele aceitar meu convite foi um grande presente. A presença dele neste trabalho é resistência, é luta.

Minhas dúvidas acerca da medicação se intensificaram a partir de um estágio na Educação Infantil na qual uma criança era rotulada pelos adultos como “difícil”. Ela acabou sem diagnóstico e começou a tomar remédios fortíssimos com o objetivo de acalmá-lo. Até onde um comportamento é considerado normal em uma criança? Como se diagnostica uma situação de sofrimento psíquico em uma criança em processo de desenvolvimento e formação social e subjetiva? Existe sofrimento psíquico na infância? Eu mesma me lembro de passar por sofrimento psíquico desde muito nova. Quando a gente separa, por exemplo, uma tristeza comum de uma tristeza patológica? O quão tênue é essa linha?

Percebendo a melhora que tive por meio da pintura e do grande peso que as mais variadas formas de arte tiveram na minha vida, também me perguntei, ao pensar neste trabalho, se elas teriam peso parecido para outras pessoas. Quis saber também sobre a história do sofrimento psíquico e como as pessoas vêm sendo tratadas ao longo dos séculos. Isso me levou

³ Professor Doutor da Universidade Federal de Santa Catarina, no Departamento de Metodologia de Ensino. Vice coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Violências - NUVIC.

⁴ Professora Doutora na Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC).

⁵ Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Catarina, no Departamento de Metodologia de Ensino. Coordenadora do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID).

⁶ Professor Doutor da Universidade de Santa Catarina, no Departamento de Metodologia de Ensino. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Violências - NUVIC. Ministrou junto com a Simone Vieira o NADE sobre medicalização. Meu coorientador.

a questionar o que outras pessoas sentem acerca desses assuntos, e como foi o percurso escolar delas até chegar à universidade. Resolvi reunir essas dúvidas e tantas outras não citadas, neste trabalho. A fim de conhecer o que os sujeitos pensam e sentem, resolvi, nesta pesquisa, perguntar: **na trajetória de formação no Ensino Superior, quais lugares ocupam estudantes com sofrimento psíquico?**

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender a trajetória de escolarização de estudantes universitárias com sofrimento psíquico.

1.1.2

1.1.3 Objetivos Específicos

- Aprofundar conceitualmente a gênese da história da loucura e seus desdobramentos ético-políticos no contexto da saúde mental contemporânea no Brasil;
- Conhecer, nas narrativas de estudantes com sofrimento psíquico, marcas de resistência e de sujeição em seus corpos, produzidas nas suas respectivas trajetórias formativas no Ensino Superior;
- Problematizar o processo de medicalização de estudantes com sofrimento psíquico em suas trajetórias formativas no Ensino Superior;
- Discutir a função da arte como experiência legitimadora de singularidades na trajetória de escolarização de estudantes com histórico de transtornos psíquicos.

1.2 ELEMENTOS JUSTIFICATIVOS DA PESQUISA

O início da pesquisa demandou imenso estudo e coragem, visto que não se encontrava representação da temática escolhida que fosse considerada suficiente. Mesmo após muita investigação, dentro da língua portuguesa, ainda ficam diversas perguntas sem respostas. Tratar do sofrimento psíquico na educação é um desafio. Foram usadas palavras-chave diversificadas na tentativa de alcançar o objetivo, tais como “sofrimento psíquico na universidade”; “sofrimento psíquico e educação”; “sofrimento psíquico na escola”; “o que é sofrimento

psíquico?”. Obtive alguns resultados utilizando o Google Scholar e o SCIELO, porém percebi que o sofrimento psíquico de estudantes ainda não é um assunto em pauta nas pesquisas. O quadro a seguir registra o número de artigos encontrados nas buscas:

Quadro 1- Pesquisa sobre Sofrimento Psíquico

Assunto Pesquisado	SCIELO	Google Scholar
Sufrimento psíquico na universidade	2	9
Sufrimento psíquico e educação	2	5
Sufrimento psíquico na escola	1	8
O que é sofrimento psíquico	0	2

Fonte: Elaborado pela autora

Apesar de alguns resultados apresentarem 8 ou 9 artigos, eles geralmente são voltados à grupos focais, como estudantes de medicina ou psicologia.

Vislumbrei o sofrimento no conceito de lugar, não-lugar e entre-lugar (LIMA, 2010), pois ocupa, para mim, o lugar de negligência epistemológica; o não-lugar do debate mais acalorado e detalhado; e o entre-lugar de discussões tímidas e silenciosas. Julgo como uma forma de violência.

Foi então que decidi me aproximar do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre as Violências (NUVIC), e participei de atividades, li e conversei com professores, e foi ali que escolhi meu coorientador para me auxiliar nessa empreitada. Esta pesquisa também está atrelada ao Núcleo Vida e Cuidado: estudos e pesquisas sobre violências - NUVIC/CED/UFSC, pela importância de se discutir, resistir e lutar contra as violências.

O número de pessoas em sofrimento psíquico dentro da universidade está cada vez mais acentuado, e isso precisa ser investigado. O assunto tem relevância acadêmica por se tratar de um fenômeno atual e que impacta diretamente a vida acadêmica de estudantes e professores. Também é importante que essa pesquisa venha do curso de pedagogia pois o sofrimento psíquico é, entre professores, uma das principais causas de adoecimento e afastamento do trabalho, assim como a síndrome de *burnout* (VIEIRA, 2013). É necessário o diálogo sobre o assunto ainda durante o processo de formação de futuros professores, assim como produções sobre ele.

Do mesmo modo, esse tema é de responsabilidade social. É indispensável se produzir estudo que contribuam com as discussões sobre exclusão social e com o encurtamento das desigualdades. Como ainda veremos, há séculos a população que padece de sofrimento psíquico tem sido estigmatizada, excluída, isolada, encarcerada. Ainda hoje, algumas dessas lógicas são reproduzidas, os direitos são violados e, por vezes, nem se chega a saber sobre a existência desses direitos. Faz-se necessário pesquisar, investigar e produzir conhecimento sobre o assunto. É considerável difundir esse conhecimento para que o tema não se restrinja aos muros da universidade: a população precisa ter acesso às discussões e conhecimentos oriundos delas. Afinal, conhecimento é um direito de todos.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO E FONTES DE INFORMAÇÕES

Esta pesquisa caracteriza-se pela abordagem qualitativa, a qual se preocupa em investigar detalhadamente sobre determinado grupo, centra-se na “[...] exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar [...]” (GOMES, 2009, p.79). Quanto aos objetivos, definiu-se como exploratório por possibilitar maior intimidade com o escopo de estudo. O procedimento desta análise é a pesquisa de campo, que visa acessar informações e trocar experiências com os participantes, sendo que se pretende realizar um estudo participativo, pois dessa forma se tem maior aproximação com os participantes e o campo de pesquisa (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

Optou-se também por recorrer ao conceito de (auto)biografia proposta por Caetano (2016), que de acordo com Oliveira (2020), consiste em apresentar a vida com base em diversas dimensões do sujeito; as várias perspectivas que o compõe como ser humano, tramando a criação e recriação de aspectos da vida individual com as múltiplas identidades individuais e coletivas. Assim, narro e reflito neste trabalho partes e/ou passagens da minha vida que em muito coincidem com as histórias pessoais de Amábile e Violeta, e das profissionais Bianca e Fernanda. Este trabalho é, ao mesmo tempo, individual e coletivo. Ele tem um sentido político e ético, por assim dizer.

De acordo com a Resolução CNS nº 466/12 (BRASIL, 2012) e a nº 510/16 (BRASIL, 2016), deve-se estabelecer os cuidados éticos com relação à participação de seres humanos nesta pesquisa, de forma a resguardar a integridade física e psíquica dos participantes.

2.2 ESTRATÉGIAS DE ACESSO ÀS INFORMAÇÕES DA PESQUISA

2.2.1 Procedimento de contato com os sujeitos da pesquisa

Inicialmente seriam entrevistados o número de estudantes que se voluntariassem a participar da pesquisa que, a princípio, seriam aqueles atendidos pela Coordenadoria de Acessibilidade Educacional (CAE), bem como sua gestora. A escolha da CAE como principal local de prospecção de voluntários se deu por ser, na universidade, o lugar onde estudantes buscam auxílio quando estão com dificuldades para permanecer no curso em razão de alguma deficiência em sentido pedagógico. Este local os acolhe, apesar de ser uma coordenadoria que trabalha com pessoas com deficiência. A CAE também foi foco temático por ser um local que trabalha na perspectiva humanizadora e pedagógica em cada caso apresentado, ouvindo as demandas e então verificando a possibilidade de trabalho. Recentemente, a CAE também começou a receber pedidos de estudantes com sofrimento psíquico e sofrimento psíquico persistente.

O cartaz eletrônico (apêndice A) de convite para a pesquisa foi ao e-mail oficial da CAE para divulgação dessa pesquisa, porém não houve apresentação de voluntário e foi preciso mudar a estratégia. Algumas amigas haviam comentado em seus círculos sociais sobre a presente pesquisa, o que gerou curiosidade e um sentimento de representatividade nas pessoas que eram seu público alvo. Assim, dentro do curso de pedagogia, surgiram quatro voluntários.

Com a pandemia da COVID-19 e o isolamento social as aulas foram suspensas e o único modo seguro para realização de entrevistas era o meio on-line. Apesar de inicialmente haver quatro estudantes voluntárias para a pesquisa, duas pessoas ficaram sem contar o seu relato. Optou-se por não fazer entrevistas de forma on-line por motivo de não poder oferecer o acolhimento que esse tipo de procedimento demanda: às vezes mais afetivo, como um abraço; às vezes profissional, como um acolhimento psicológico. De forma presencial, foi possível entrevistar antes da pandemia, no final de 2019, a gestora e pedagoga da CAE, a psicóloga da CAE e duas estudantes voluntárias. Assim, a pesquisa é composta por três entrevistas, com

quatro entrevistadas: uma entrevista conjunta com a pedagoga e com a psicóloga da CAE; e duas separadamente com estudantes da Pedagogia.

O procedimento de coleta e registro de dados escolhido foi a entrevista. Estas foram compostas por dois questionários diferentes (apêndices B e C), sendo uma voltada para a gestão da CAE e uma voltada para as estudantes. As questões sofreram alterações com o encaminhamento do trabalho e também no momento das entrevistas, e as perguntas foram ou suprimidas ou acrescentadas de maneira espontânea, de acordo com cada entrevistada.

As conversas foram marcadas pela pesquisadora no espaço da CAE; houve agendamento das salas na biblioteca, no caso de estudantes. Os questionários foram compostos por treze perguntas semiestruturadas. No decorrer das entrevistas surgiram outras questões por parte da pesquisadora e por parte das entrevistadas, e essas demandas foram acolhidas e respeitadas. Embora os questionários contivessem treze perguntas, cada conversa contou com mais ou menos questões. Nas perguntas se encontra menção à terminologia “transtorno mental” e “usuário de saúde mental”, termos usados inicialmente no título e elementos da pesquisa devido ao desconhecimento da nomenclatura e conceito de “sofrimento psíquico”. Destaca-se que trabalho mudou muitas vezes e, com ele, os termos utilizados.

Ao oferecer as entrevistas on-line não haveria a possibilidade de assegurar/encaminhar atendimento psicológico, caso fosse necessário, como constava no TCLE (apêndices D e E). Logo, por suscitar memórias e sentimentos, as perguntas sobre histórico de vida oferecem o risco de estresse emocional, e eventuais crises de pânico e ansiedade. Por isso é advertido no TCLE os riscos e a possibilidade de receber um atendimento de acolhimento no SAPSI (Serviço de Atenção Psicológica), localizado na UFSC. Sem a possibilidade de um acolhimento, ou se necessário um encaminhamento e, portanto, de resguardar os estudantes e fazer valer os seus direitos, optou-se por trabalhar com as três narrativas colhidas antes da pandemia.

Contudo, depois de quase um ano de isolamento social, senti a necessidade de saber como estão estas estudantes, dada a questão de saúde mental que a Pandemia trouxe. Então perguntei a elas se poderiam responder um pequeno questionário indicando como estavam. Elas concordaram e as perguntas foram as seguintes: 1. Como você está em meio à Pandemia? 2. Está fazendo algum acompanhamento de saúde mental? 3. Como tem sido sua relação com o curso e os estudos? 4. O que você almeja para quando acabar a Pandemia? O questionário foi enviado via aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas *WhatsApp* e as respostas

poderiam ser enviadas no mesmo canal. Foi escolhido por não exceder o tema e mais perguntas e que não houvesse continuidade de conversa para despertar sentimentos que pudessem prejudicar as estudantes sem que tivesse uma forma de acolher e me responsabilizar por isso.

Já a escolha da CAE, e não do SAPSI, para realizar a pesquisa se deu pelo trabalho direto realizado com o Curso de Pedagogia.

2.3 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Para realizar o processo de análise dos documentos será utilizada a abordagem teórico-metodológica das práticas discursivas e produção de sentido. Spink e Medrado (2013, p.26) descreve as práticas discursivas como “linguagem em ação, ou seja, as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas”.

Em relação à produção de sentido:

[...] não é uma atividade cognitiva intraindividual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados”. A produção de sentido é considerada uma prática dialógica social, e está implicada com a linguagem em uso. É, portanto, um fenômeno sociolinguístico, “uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo), como os repertórios utilizados nessas produções discursivas (SPINK e MEDRADO 2013, p. 26).

Também se destaca que esse processo não se restringe às produções orais:

Um texto escrito, por exemplo, constitui um ato de fala impresso, um elemento de comunicação verbal que provoca discussões ativas: pode ser elogiado, comentado, criticado, pode orientar trabalhos posteriores. Assim, nos dias atuais o rádio, a televisão, os *sites* da Internet etc. podem também ser considerados *atos de fala* (SPINK e MEDRADO 2013, p. 27-28).

A abordagem de Spink e Medrado (2013) explora as possibilidades de trabalhar com documentos de domínio público como processos sócio-históricos de construção de saberes e fazeres. Também é fundamental ressaltar que a especificidade do tratamento que a Psicologia Social pode dar aos documentos, tendo em vista que refletem práticas discursivas, está para além do que é impresso em suas páginas, pois é parte do processo de construção da esfera pública (SPINK e MEDRADO, 2013, p. IX).

Há duas práticas discursivas presentes em documentos de domínio público: uma como gênero de circulação, como artefatos do sentido de tornar público; e outra como conteúdo, em relação àquilo que está impresso em suas páginas. São produtos em tempo composto

significativamente o cotidiano, pois complementam, completam e disputam com narrativas e memórias (SPINK, 2013).

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em relação às questões éticas, Spink e Medrado (2013) ressaltam como é imprescindível considerar a pesquisa como uma prática social, adotando sempre uma postura de reflexão a respeito do significado da produção de conhecimento. Assim, a pesquisa foi delineada de acordo com os preceitos éticos da instituição UFSC.

Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentando a pesquisa, seus benefícios e riscos, bem como formas de salvaguardar os participantes da pesquisa. Para aprovação no Conselho de Ética, foi necessário também elaborar um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e um TCLE para os responsáveis, no caso de haver algum participante menor de idade. Nesses documentos não consta o nome do Coorientador por ainda não termos firmado a parceria de coorientação.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob o Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE): 18845219.8.0000.0121. Após ajustes e carta resposta (apêndice F), a aprovação ocorreu em 17 de outubro de 2019.

Destacando que a participação era voluntária podendo o/a participante desistir a qualquer momento, não havendo pagamento por sua participação, conforme consta no TCLE, os documentos foram entregues aos participantes da pesquisa para que assinassem. Após a assinatura dos documentos e rubrica, uma guia ficou com os/as participantes e outra com a pesquisadora, de acordo com a Resolução CNS 196/96 (BRASIL, 1996).

Visando os riscos dessa pesquisa para os(as) participantes, estes são considerados mínimos, e são compreendidos pela pesquisadora como: a exposição das pessoas sobre suas percepções de suas trajetórias de escolarização, entrar em contato com sentimentos e emoções que talvez não consigam lidar (vergonha, desconforto, dor, traumas etc.). Nestes casos foram tomadas providências, como o acolhimento dos participantes e caso considerassem necessário, um encaminhamento aos serviços de psicologia da UFSC e outras assistências que os

participantes considerassem importantes, inclusive dois contatos de emergência, caso necessidade de chamar alguém de confiança dos participantes.

Com a confirmação da participação na pesquisa e entrega dos documentos de concordância de participação assinados, foram marcadas as datas dos encontros das entrevistas.

2.5 AS MULHERES PARTICIPANTES DA PESQUISA

As mulheres participantes dessa pesquisa são quatro: Amábile, Bianca, Fernanda e Violeta. Nesta pesquisa Amábile, Bianca e Fernanda autorizaram o uso de seus nomes reais, Violeta optou por um nome fictício. Todas elas têm em comum o vínculo com a Universidade Federal de Santa Catarina.

Bianca é uma mulher branca, de baixa estatura, acima dos vinte anos. É pedagoga da CAE e atua na gestão; Fernanda é uma mulher branca, de estatura média, acima dos vinte anos. É psicóloga e, junto à Bianca, atende estudantes com alguma deficiência e oferece apoio pedagógico para que elas possam terminar seus cursos.

Amábile é uma mulher branca, de estatura média, estudante da terceira fase do curso de Pedagogia da UFSC. Tem interesse por cultura pop e livros, e tem afinidade com a área de Psicologia. Ela tem o diagnóstico de ansiedade generalizada e luta contra crises de pânico frequentes. Faz tratamento medicamentoso e terapia.

Violeta é uma mulher branca, de baixa estatura, estudante da terceira fase do curso de Pedagogia da UFSC. Tem interesse por assuntos relacionados ao misticismo e esoterismo, e joga cartas de tarô. Violeta não sabe se quer permanecer na área da Pedagogia e, segundo ela, essa dúvida tem causado sofrimento constante. Ela tem diagnóstico de transtorno borderline, e enfrenta extremos emocionais. Faz tratamento medicamentoso e terapia.

3. O LOUCO HISTORICAMENTE CONSTRUÍDO E O SOFRIMENTO PSÍQUICO

“Eu sou uma pessoa completamente de cabeça para baixo, que lida com as situações da forma mais dramática possível, por impulso e que tenta fazer tudo por todo o mundo, porque é assim que eu me sinto bem e [...] tipo, eu gosto, sabe? De ser eu”.
(Amábile)

O sofrimento psíquico pode ser entendido como um processo de adoecimento do aparelho psíquico, podendo ir de um sofrimento facilmente tratável a um sofrimento severo e persistente. Pode ser uma restrição mental de caráter passageiro ou permanente, que limita ou impede o sujeito de viver com qualidade (SANCHES e OLIVEIRA, 2011, *apud* BRASIL, 2004, p.281). Para Ceccarelli (2005), quem tem um sofrimento psíquico “(...) é aquele que padece de algo cuja origem ele desconhece e que o leva a reagir de forma imprevista”. Esse pensamento lembra o conceito de psicopatologia, advindo do grego *psiche* - alma/mente, *pathos* - paixão e *logos* - saber, significando uma área de conhecimento que estuda as paixões da mente e da alma, também narrado por ele.

Esta é uma das grandes questões da atualidade, que vem figurando na história há séculos, ora sendo chamada de loucura, ora como possessão demoníaca, ora como transtorno mental. As pessoas tem descoberto formas de ser e agir que podem estar repletas de mitos e estigmas, como é a questão da loucura, que ainda é tabu para muitos e faz com que procurar por um tratamento eficaz e falar sobre o assunto se tornem difíceis de realizar. Então faz-se necessário entender o sofrimento psíquico e como ele vem sendo tratado ao longo da história para melhor compreender seu panorama. Para isso, utilizaremos um recorte eurocêntrico da história.

Apreende-se ao longo deste trabalho as nomenclaturas “Sofrimento Psíquico” e “Sofrimento Psíquico Severo Persistente”, ao invés de “Transtorno Mental” ao se referir a sujeitos. Entende-se que esses micro e macro universos, que é um ser humano, não cabe em estigmatizações seculares. Faz-se essa opção de maneira humanizadora e política.

Historicamente, aquele que apresenta características como mudanças repentinas e/ou constantes de humor e comportamento é tratado como louco. Loucura também poderia ser deficiência (PESSOTTI, 1933), pobreza extrema, principalmente para pessoas em situação de rua (FOUCAULT, 1972), ou questão de gênero. No século XX, por exemplo, mulheres que desafiassem a autoridade dos pais, perdessem a virgindade, engravidassem fora de um

casamento ou eram “indesejadas” recebiam o rótulo de loucas e eram internadas em sanatórios (ARBEX, 2013). Louco podia ser aquele que desafiava a ordem vigente, não se encaixava nos padrões ou era visto como pária pela sociedade. A loucura figura na história ora como questão política, ora orgânica, ora religiosa.

Segundo Tílio (2007), a loucura como a conhecemos teve início na Grécia antiga e foi documentada por Homero (928 a.C. - 898 a.C.), onde a descrevia como uma espécie de possessão do indivíduo pelos deuses, desresponsabilizando-o por qualquer ato que viesse a feri-lo ou a outrem:

Assim, o acometido não era culpado por seu sofrimento ou pelo causado a outrem, não sendo estigmatizado nem considerado doente, não existindo também práticas específicas para sua cura, sendo no máximo proposto rituais reparatórios e oferendas para acalmar a ira divina – tentava-se atingir os deuses, e não os acometidos. (TÍLIO, 2007, p.196).

O autor também descreve que Eurípedes (485 a.C. - 406 a.C.) definia a loucura de modo que propunha a inclusão do elemento psicológico em sua dinâmica. Dessa forma, a loucura era originada pelos deuses, mas causava paixões e conflitos na alma do homem, e essas paixões culminavam em atos inapropriados desses indivíduos. “Naquele período a loucura começava a se afastar do enfoque mitológico para outro denominado passional” (TÍLIO, 2007, p.196). Tílio nos mostra outra mudança de paradigma em Hipócrates (460 a.C. - 377 a.C.), que não determina a loucura como divina, mas como do organismo do ser humano, mais precisamente do cérebro, num equilíbrio de seus humores (calor, frio, umidade e secura) com o ambiente. A cura era feita através de boas práticas de alimentação, música, banhos termais, prática de exercícios físicos e limpeza dos organismos com laxantes e vomitórios (TÍLIO, 2007).

Segundo Foucault (1972), no século XV os hospitais onde mantinham pessoas com transtornos psíquicos (pobres, deficientes ou indesejados) tomaram lugar das antigas gafarias (hospitais para leprosos). Tendo o número de pessoas acometidas por lepra diminuído, esses espaços tornaram-se quase vazios e reverteram-se em hospitais para tratamento da epidemia de sífilis que sucedeu à lepra; ou viravam hospitais/torres para tratamento psíquicos. Têm-se notícias dos primeiros espaços na França, e em cidades como Nuremberg, na Alemanha (FOUCAULT, 1972). Às pessoas consideradas loucas era vetada a entrada na igreja, mas não proibida a comunhão dos sacramentos. Podiam permanecer nas cidades onde nasciam, desde que confinadas. Quando trancadas nos hospitais, não recebiam qualquer tratamento médico, mas viviam como em uma prisão. Eram considerados impuros e, por vezes, também chicoteados (FOUCAULT, 1972).

Outra possibilidade que se tinha era embarcar na “nau dos loucos” e desembarcar em um destino desconhecido. A “Nau dos loucos” foi um barco cuja tripulação era desprovida de “razão”, altamente difundida por poetas e pintores da época. Dizia-se que esses tripulantes tinham um destino errante e sua navegação era eterna. Não se sabe ao certo até onde essa descrição era fantasiosa, até onde se misturava com a realidade e o que era literatura. Sobre esses barcos, Foucault nos dá uma pista:

Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. (FOUCAULT, 1972, p. 13)

Dentre as obras mais famosas da época, está o poema *Das Narrenschiff*, de Sebastian Brant (1457-1521), que conta os dissabores da tripulação de loucos, e contesta o que se considerava loucura com autoridades como a Igreja. O poema é baseado no mito de Jasão e os Argonautas⁷, e é considerado uma sátira. A Figura 1 mostra o quadro de Hieronymus Bosch (1450-1516), que apresenta a nau tripulada por homens, mulheres e figuras religiosas desfrutando pequenos prazeres, tidos como insensatos. Destaca-se as figuras religiosas confortáveis e dadas aos “pecados” dos prazeres mundanos. Há também um bufão sentado na

⁷ Mito grego na qual o herói Jasão convoca um tripulação de cinquenta outros heróis para realizar a tarefa de capturar o velocino de ouro, que era a pele de um carneiro mágico de ouro, dado por Hermes a Atamante, e sacrificado em nome de Zeus por Frixo, seu filho. Possuía poderes mágicos. Nessa jornada os heróis encontram aventuras, dissabores, a morte e a glória, para que Jasão levasse o velocino ao tio Pélias e tomar seu lugar como rei.

Figura 1. Nau dos Loucos



Fonte: Magnólia Costa. Disponível em: <https://magnoliacosta.art/blog/2020/5/6/plato-e-a-nau-dos-loucos>. Acesso em Fevereiro de 2021.

árvore que representa o conhecimento ⁸[OBJ] (COSTA, 2020), trazendo à tona a imagem do parvo cuja inocência, inteligência e insensatez, sobrepuja as habilidades e talentos dos sensatos.

Esses “loucos” representados na arte estavam nas cidades e em maior número do que se podia esperar. Foucault (1972, p. 15) nos diz que “esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão”. Era certo que se entregava os loucos aos viajantes e marinheiros, que os abandonavam em certa altura da viagem. Tudo isso com objetivo de remover os loucos das cidades e para as

higienizar. As viagens de navio visavam purificar o louco e as cidades, visto que a crença era que a água purificava e oferecia uma salvação; os navios também eram prisões em meio a liberdade da imensidão das águas:

A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer. (FOUCAULT, 1972, p. 18)

O mar não figura sozinho os simbolismos ligados à loucura: a lua também engendra uma trama de símbolos e crenças que atravessaram gerações. Exemplo disso é a palavra “lunático” para se referir ao louco. Define-se “lunático” como “Sujeito à influência de luas [...] Que ou quem é maníaco ou visionário” (PRIBERAM, 2020)

⁸ Magnólia Costa, 2020. Disponível em <https://magnoliacosta.art/blog/2020/5/6/plato-e-a-nau-dos-loucos>.. Acesso em fevereiro de 2021.

Foucault (1972) salienta que no final do século XV a literatura, a música e o teatro vão começar a mostrar um louco valoroso e sábio. Podemos notar obras que seguem esse pensamento na primeira metade do século XVI, como “O Auto da Barca do Inferno”, de Gil Vicente⁹ e “O Elogio da Loucura”, de Erasmo de Roterdã¹⁰. Em obras como essas o louco tem o papel de denunciar as mazelas de sua sociedade, de seu tempo, e o faz em tom de sátira, pois a ele não é dado crédito, dizendo assim o que bem entende. É aquele capaz de dizer o que ninguém ousa dizer em voz alta. Na obra de Gil Vicente, o parvo é o único que vai para o céu. No Elogio de Roterdã, a loucura é vista como boa. Percebe-se, dessa forma, o enlace que há entre a loucura e a arte.

No século XVI a loucura segue a linha satírica do século XV, que transforma a sabedoria em saber, ao alternar e congregar loucura e razão:

A loucura torna-se uma forma relativa à razão ou, melhor, loucura e razão entram numa relação eternamente reversível que faz com que toda loucura tenha sua razão que a julga e controla, e toda razão sua loucura na qual ela encontra sua verdade irrisória. Cada uma é a medida da outra, e nesse movimento de referência recíproca elas se recusam, mas uma fundamenta a outra. (FOUCAULT, 1972, p. 35)

Foucault (1972, p. 36) aborda que nesse período também se mistura loucura no culto cristão, com a crença de que “a loucura é a medida própria do homem quando é este comparado à razão desmesurada de Deus”. Adiciona que o homem em sua finitude deveria não só superar a si mesmo, mas desgarrar-se de seus vícios e da loucura que lhe permitia ver as coisas avessas. A loucura, portanto, já não é louvada como no Renascimento. “Loucura é esta renúncia ao mundo; loucura, o abandono total à vontade obscura de Deus; loucura, esta procura cujo fim não se conhece [...]” (FOUCAULT, 1972, p. 37). A loucura não é sobre apenas um indivíduo, mas sobre as loucuras do mundo e seus vícios; “Em grande escala, tudo não passa de Loucura; em pequena escala, o próprio Todo é Loucura.” (FOUCAULT, 1972, p. 38).

⁹ Vicente, Gil. 1465-1536? Auto da Barca do Inferno / Gil Vicente ; apresentações e notas de Ronaldo Menegaz ; Ilustração de Maurício Veneza. – 1ed. Rio de Janeiro: BestBolso, 2016.
Gil Vicente foi poeta e dramaturgo português, um dos maiores representantes da literatura renascentista portuguesa.

¹⁰ Erasmo, Desidério. 1467-1536.

Elogio da Loucura / Desidério Erasmo ; tradução de Paulo Neves. – Porto Alegre: L&M, 2007. 144 p.
Erasmo de Roterdã foi um teólogo, filósofo e poeta holandês, representante do humanismo.

O século XVII é fortemente marcado pelo pensamento cartesiano e tem algumas de suas ideias pautadas na falta de razão como fruto da inconfiabilidade dos sentidos, assim como à falta do pensamento que é existencial. Se ao pensar, logo se existe, aquele que sucumbe aos sentidos logo está longe da razão, portanto, “não existe”. Assim, este século é marcado pela institucionalização das pessoas em instituições asilares. A primeira a surgir foi decretada pelo rei Luís XIII da França, em 1656, chamada Hospital Geral. Ela, porém, não funcionava como um hospital, mas como uma casa de acolhimento às pessoas em situação de rua, aos insanos, deficientes e indesejados, independente de idade ou gênero que entravam espontaneamente ou levados por autoridades real ou judiciária, para receber alimentação e acolhimento físico (FOUCAULT, 1972, p. 56). Contudo, era comum que se nomeasse médicos para tratar das doenças dos internos, que lhes faziam visitas duas vezes por semana (JABERT, 2001).

Em 1676 um édito do rei expande o modelo do hospital geral por toda a França. As casas asilares são administradas por diretores administrativos e médicos:

[...] o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semi jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa. [...] Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontrou em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo. (FOUCAULT, 1972, p. 57).

Essas casas de repressão administradas, sobretudo, pela burguesia local, aceitavam, prioritariamente, pessoas pobres ou pessoas que o rei indicava. As instituições, em sua maioria, advinham dos antigos leprosários da Renascença, e eram mantidas por doações do rei e por dinheiro de arrecadação de multas. A Igreja também fez sua parte - o que gerou conflito com a burguesia - pautada na caridade e hospitalidade aos pobres. Foucault (1972) discorre que o Hospital Geral funcionava como o leprosário: uma fonte da caridade que vem de um suposto bem, mas que serve para reprimir e isolar pessoas consideradas indesejadas; não é um gesto de alívio dessa pobreza, mas uma supressão dela. O autor explica que o Hospital Geral foi uma “[...] instituição moral encarregada de castigar, de corrigir uma certa "falha" moral que não merece o tribunal dos homens mas que não poderia ser corrigida apenas pela severidade da penitência”. Logo, é uma instituição com estatuto ético e moral. Rapidamente esse modelo se espalha pela Alemanha, Inglaterra, Holanda e outros países europeus.

A Igreja tomou partido sobre as instituições asilares ao aplicar seus valores e dividir os internos entre aqueles que são para testar a caridade dos cristãos, e são, portanto, bons pobres e abençoados por Cristo; e aqueles que têm uma natureza maligna, devendo, para tanto, ser punidos como maus pobres, influenciados pelo Demônio. Conclui-se que essas casas serviram como instrumentos de repressão. Logo se instituiu a prática de trabalhos forçados aos internos, a quem eram ensinadas profissões para não ficarem ociosos e pudessem se sustentar se porventura deixassem o Hospital (JABERT, 2001). Todos ali deveriam trabalhar, inclusive as crianças e os “loucos”, pois o trabalho não somente era tido como importante encargo ético, mas era um dever moral, que mantém a moral. A loucura que outrora era vista com pureza parva e era celebrada, foi tida como perturbação moral e social que deveria ser reprimida. No século XVII, a “Nau dos Loucos” encontra seu destino no claustro e no trabalho forçado, da qual se reconhecia o “alienado” pela inabilidade da realização dos trabalhos e a incapacidade de seguir o compasso da vida coletiva (FOUCAULT, 1972). Ele era recolhido das cidades como inválido e deixado entre os vagabundos e ociosos (JABERT, 2001). O esquema de internamento com fins higienistas perdurou até o final do século XVIII e a separação dos chamados alienados dos demais, assim como a necessidade de um local só para eles se dará no século XVIII.

No século XVIII as cidades estavam cheias devido ao êxodo rural e as manufaturas cada vez mais presentes. Há um cenário de desemprego e mendicância, muitas pessoas desamparadas, o que os torna público alvo dos hospitais. Os “loucos” ganhavam abrigo junto às pessoas com doenças venéreas, que passou a ser vista como um castigo divino para a luxúria. A partir desse momento, em que a loucura é colocada ao lado da “lascívia”, ela é considerada também um pecado e seu “portador” é culpabilizado pela sua condição (FOUCAULT, 1972). O pensamento em que doenças venéreas estão ligadas à luxúria, devassidão e pecado perdurará até século XXI. Não só a sexualidade, mas também as blasfêmias e o suicídio são considerados insanidade:

[...] Esse domínio que, a meio caminho entre o sagrado e o mórbido, é inteiramente dominado por uma recusa ética fundamental, é o da insanidade clássica. Ela abrange assim não apenas todas as formas excluídas da sexualidade como também todas essas violências contra o sagrado que perderam a significação rigorosa das profanações; ela designa, portanto, ao mesmo tempo, um novo sistema de opções na moral sexual e novos limites nos interditos religiosos. Esta evolução no regime das blasfêmias e das profanações poderia ser observada igualmente em relação ao suicídio, que durante muito tempo pertenceu à esfera do crime e do sacrilégio [...] Em si mesma, a tentativa de suicídio indica uma desordem da alma, que é preciso reduzir através da coação.

Não mais se condena aqueles que procuraram o suicídio: internam-nos, impõe-se-lhes um regime que é simultaneamente uma punição e um meio de impedir qualquer outra tentativa. [...] Com isso, o sacrilégio do suicídio vê-se anexado ao domínio neutro da insanidade. (FOUCAULT, 1972, p. 107-108).

Em meados da metade do século XVIII, com a ebulição das manufaturas, o trabalho passou a ser cada vez mais dificultoso aos “loucos”, que não se encaixavam nos esquemas de oficinas, o que criava situações de desconforto, tumulto e crises, e alteravam a disciplina dos lugares. Jabert (2001) descreve que os internos reclamavam das ameaças, gritos e urros, surgindo assim, a necessidade de separá-los das outras pessoas. Com a crise da monarquia e adventos do Iluminismo e Liberalismo, as internações começaram a ser questionadas, principalmente se tratando de mendigos e vagabundos, pois estes deveriam ter liberdade para se empregar livremente no mercado de trabalho. O Hospital passou a ser visto como símbolo despótico do poder do rei, atentando contra a liberdade individual. O direito à liberdade deveria ser garantido para que se ocupasse os espaços de trabalho. Desse modo os Hospitais Gerais passaram a ser criticados por manter em seus muros essas pessoas que em vez de trabalhar, recebiam “assistência” (JABERT, 2001).

O louco, porém, não seria beneficiário dos ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, nem das críticas ao sistema asilar. Ao não responder à necessidade do mercado de trabalho, permanecia nos hospitais e ele não teria liberdade enquanto não se livrasse de seus transtornos. Com a eclosão da Revolução Francesa e a derrocada da monarquia, às lideranças políticas e Assembleia Constituinte restou a tarefa de pensar no que fazer com os loucos. O antigo sistema que os internava, a *lettre de cachet* ou “*ordem do rei*”, documentos solicitados pela família para internar alguém, ou pelo poder público, foi abolida por não mais encontrar espaço no novo regime político. O poder público poderia solicitar a internação de um “alienado” se achassem que estavam perturbando a ordem, e estas eram feitas em regime provisório, tornando-se efetivas apenas depois de receber a *lettre de cachet*.

Com o novo regime, as petições de internamento eram feitas diretamente ao ministro da Casa Real e a internação ganhou caráter burguês: ela acontece quando as famílias querem se livrar de algum de seus membros que causam desordem ou mal estar. Era feita uma petição e, se esta fosse concedida, o “insano” tornava-se prisioneiro da família e o estado assumia o papel de cuidador do louco e tinha poder correcional familiar (JABERT, 2001). As famílias podiam também solicitar a um juiz o internamento com uma ordem de justiça. O Juiz colhia testemunhos e interrogava os solicitantes e também o acusado. Com base nesses depoimentos

o juiz dava a sentença de internamento ou liberdade. Esse recurso era, porém, pouco utilizado devido aos altos custos do processo.

De acordo com Jabert (2001), com a extinção das *lettre de cachet* veio um problema político para a era pós Revolução: o louco passou a representar um grande problema para os burgueses, pois havia se desmontado a antiga política de assistência pública, e estes não queriam se igualar ao antigo regime. O louco não poderia ser responsabilizado por atos judicialmente, mas, ao mesmo tempo, deveria ser punido por perturbar a ordem. O desafio era saber como punir essa figura sem cair nas mesmas armadilhas despóticas do antigo regime. Sancionou-se em 27 de março de 1790 um decreto que afirma como nova forma de interdição em que o louco deveria passar por uma avaliação médica e receber um diagnóstico para atestar sua insanidade. A partir desse decreto o modo de ser e agir na medicina foi transformado, dando à loucura status de pesquisa. Outro fato significativo ocorreu na virada do século XVIII para o século XIX: o nascimento da psiquiatria como disciplina médica (até então só havia cirurgia e clínica) e como campo de pesquisa, da qual um dos maiores expoentes da época foi Phillipe Pinel (1745-1778).

Em 1793 Phillipe Pinel foi médico chefe do Hospital Bicêtre e trabalhou no hospital de Salpêtrière, os principais Hospitais Gerais da França. Lá conseguiu implementar diversos tratamentos e estudar profundamente a questão mental¹¹. Pinel marcou a história da Psiquiatria quando lutou para libertar os pacientes das correntes que os prendiam no hospital de Bicêtre.

Entre os trabalhos de Pinel, pode-se destacar a obra: “*Tratado médico-filosófico sobre alienação mental ou a mania*”, que inaugura um olhar da loucura como doença mental, iniciando o alienismo ou psiquiatria (FACCHINETTI, 2008). O Tratado busca reformar e reorganizar as instituições hospitalares e faz isso por meio de um estudo sobre alienação que se divide em caráter moral, físico e hereditário, também sob o resguardo de uma sistemática científica que exige um conhecimento pré-existente e uma perspectiva terapêutica. A partir dos pensamentos desenvolvidos por Pinel, surge a possibilidade de tratamento e cura para a loucura, e surge novamente a questão desse trabalho como filantropia, o que coube dentro dos ideais Pós-Revolução. O médico francês identificou tipos de doenças psiquiátricas que passam por quatro categorias diferentes: mania, demência, depressão e idiotismo (CAPONI, 2012). Essas classificações iniciais seriam base para classificações futuras.

¹¹ Biografias: Philippe Pinel. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/bio-pinel.php>>. Acesso em janeiro de 2021.

Há, certamente, muito o que dizer sobre Pinel e seus feitos. Todavia, atenta-se a este recorte de sua biografia e ao tratamento moral, já que o estudo de sua carreira daria outra pesquisa. Um de seus mais famosos tratamentos ficou conhecido como “tratamento moral”, que buscava tratar das paixões do indivíduo - conceitos da loucura - através da mudança de comportamento. Pessotti (2006) discorre que sua duração foi de poucas décadas, e passou a ser considerado inadequado e mal visto pela psiquiatria crescente.

De crescimento e deslocamentos, o século XIX está repleto. Ele surge com mudanças de paradigmas sobre a saúde mental, o Tratado da Degenerescência de Morel, o nascimento da Psicanálise de Freud e a separação da psicologia da filosofia através da aplicação de métodos científicos com experimentos laboratoriais, por Wilhelm Wundt, médico, filósofo e psicólogo alemão considerado um dos fundadores da psicologia experimental. No final do século XVIII a loucura foi vista como parte do meio:

(...) a loucura é a natureza perdida, é o sensível desnordeado, o extravio do desejo, o tempo despojado de suas medidas; é a imediatez perdida no infinito das mediações. Diante disso, a natureza, pelo contrário, é a loucura abolida, o feliz retorno da existência à sua mais próxima verdade (...) o meio representa um papel mais ou menos simétrico e inverso àquele que outrora representava a animalidade. Antes havia, na abafada presença do animal, o ponto pelo qual a loucura, em sua ira, podia irromper no homem; o ponto mais profundo, o ponto último da existência natural era ao mesmo tempo o ponto de exaltação da contranatureza — sendo a natureza humana, ela mesma e imediatamente, sua própria contranatureza. (FOUCAULT, 1972, p. 408)

Foucault (1972) descreve a loucura do século XIX como histórica: é a partir de então que se cria uma consciência da historicidade a partir de disciplinas como sociologia, história e psicologia. Pode-se falar também em biopolítica¹² da loucura: “corpo e a vida passaram a se transformar em alvo privilegiado de saber e de intervenções corretivas” (CAPONI, 2012, p.23). Desde a metade do século XVIII o corpo já era alvo de intervenções corretivas, mas no século XIX ele ganhou o status de paciente. Tem seu corpo e sua alma escrutinados por especialistas que querem ‘curar e prevenir’. Na segunda metade do século XIX já se entende as doenças mentais por uma perspectiva diferente, já não mais relacionada aos delírios, paixões e atos violentos que, até então, eram alvo dos alienistas e psiquiatras (CAPONI, 2012).

¹² O conceito de ‘biopolítica’ foi apresentado pela primeira vez por Foucault, numa conferência, em 1974, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CAPONI, 2012, p. 22)

Um dos marcos mais importantes do século XIX é o “*Traité de Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l’Espèce Humaine et des Causes qui Produisent ces Variétés Maladives*”, de Bénédict Augustin Morel (1809-1873), psiquiatra franco-austriaco, publicado em 1857. A partir desse tratado se fala das transformações sofridas pelo conceito de degeneração em variados momentos históricos desde seu aparecimento na medicina mental, até as ideias de predisposição hereditária e doenças mentais preexistentes (CAPONI, 2012). O tratado apresenta um programa de pesquisa sobre doenças mentais, e é conhecido como ‘teoria da degeneração’, que foi de grande impacto na psiquiatria mundial.

Também na metade do século XIX, nasce a Psicologia como disciplina separada da Filosofia, baseada no estudo da *Psiqué* e, neste momento histórico, baseada em metodologias herdadas dos campos da física e biologia. É na Alemanha que ela emerge, em 1879, onde Wilhelm Wundt implanta o primeiro laboratório de Psicologia do mundo e, em 1881, lança a primeira revista de estudos psicológicos aplicados, a “*Philosophische Studien*” (SCHULTZ & SCHULTZ, 2002).

Em 1895, o livro “Estudos sobre a Histeria” é publicado por Sigmund Freud, lançando sua Psicanálise ao mundo. A Psicanálise nasce como uma disciplina separada da Psicologia e se difere daquilo que se propagava por ela até então. A Psicologia estava em ebulição com os laboratórios experimentais e se ocupava dos fenômenos que podiam ser mensurados neles. A Psicanálise se ocupou do que não era tangível, mensurável, mas que estava presente nas profundezas do ser: o inconsciente (SCHULTZ & SCHULTZ, 2002). Os objetivos, métodos e objetos de estudo de Freud também diferiam da Psicologia, e culminou em um atendimento clínico e diferenciado aos seus pacientes, encorajando-os a falar sobre o que lhes viesse à mente.

Ele investigava causas não necessariamente no corpo, mas na alma das pessoas e dizia que o inconsciente que ele era como um iceberg: a ponta que podíamos ver era nosso pensamento consciente; tudo o que estava embaixo d’água era o inconsciente que esperava toda e qualquer oportunidade para emergir no pensamento consciente sem ser notado. Freud elabora os conceitos de “Id, Ego e Superego”, componentes da psique humana que formam o que somos e percebemos, e o que somos e não percebemos. O Id é a representação dos instintos mais primitivos, aquilo que não é aceito em sociedade, mas que é inerente ao humano: às paixões e prazeres. O Superego pode-se dizer que é a associação dos valores morais e culturais aprendidos em sociedade. O Ego é mediador entre o Id e o Superego, barrando os instintos do Id e

“burlando” o Superego, é ele que faz com que vivamos uma vida regulada. Vale salientar que Freud é também conhecido por formular teorias psicanalíticas a respeito da sexualidade humana.

O século XX também apresentou novidades e mudanças, dentre as quais pode-se citar as mudanças de paradigma da psiquiatria, o avanço da ciência e medicina quanto aos tratamentos de saúde, a expansão dos serviços de saúde, e a concepção de remédios, principalmente para o tratamento da saúde mental. O que permaneceu foram práticas higienistas da medicina, dos internamentos e a institucionalização das pessoas com patologias mentais. Pessotti (2006) descreve que uma das primeiras grandes mudanças se deve a Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão, que reconheceu e agrupou as doenças mentais em: demência precoce, psicose maníaco depressiva, esquizofrenia e mal de Alzheimer. Kraepelin acreditava que a doença mental era orgânica e hereditária, para ele as doenças provinham de distúrbios no cérebro, ou de origem metabólica que afetava o cérebro.

A primeira metade do século XX foi marcada pela formulação de diversas teorias base da medicina moderna. Além de Kraepelin, Pessotti (2006) descreve que nesse período surgiram estudos de Eugen Bleuler (1857-1939), Karl Jaspers (1883-1969) e Eugène Minkowski (1885-1972). Bleuler fez história ao reunir as antagônicas teorias de Kraepelin e de Freud e cunhar um termo e conceito únicos de “esquizofrenia”, revendo o lugar da doença no grupo das demências. O psiquiatra suíço acreditava não só na base kraepeliana orgânica da doença, mas também na base dos “complexos” de Freud, que afirma as emoções e sentimentos como causa do desarranjo cerebral. Em suma, o organismo e a hereditariedade são importantes, mas o emocional e o contato com o meio também o são (PESSOTTI, 2006). Bleuler fala também sobre "esquizofrênicos" mais retraídos para referir-se à pessoas com autismo:

[...] uma vez perdido o relacionamento lógico com o mundo e com os outros e diante de uma realidade que já não consegue compreender, a tendência do doente a isolar-se num mundo sem conflitos é uma consequência inevitável. Isto é o que configura o [...] autismo (PESSOTTI, 2006, p. 116)

Karl Jaspers, filósofo e psiquiatra alemão, acreditava que os eventos psíquicos passíveis de conhecimento poderiam ser classificados em fenômenos psíquicos singulares e fenômenos relacionáveis com outros eventos. A relação entre dois fenômenos psíquicos pode ser compreendida, mas não explicada. Pessotti (2006) salienta que a tese de Jaspers tem problemas

clínicos e metodológicos: como entender e lidar com processos subjetivos na clínica se eles não podem ser entendidos e tampouco justificados?

Eugène Minkowski, psiquiatra francês, continuou os estudos de Bleuler sobre esquizofrenia e olhou para a doença de modo diferente: como uma outra maneira de ser e estar no mundo. Ele se ocupava em entender como se estruturava a relação entre o Eu e o mundo na vida do esquizofrênico, sendo essa uma abordagem pioneira (PESSOTTI, 2006).

A psicologia também se desenvolveu ao longo do século XX com o desenvolvimento de novas escolas de pensamento como a Gestalt, na Alemanha e o Behaviorismo de Skinner, nos Estados Unidos, baseado nos estudos de condicionamento do russo Ivan Pavlov (1849-1936). Schultz e Schultz (2002) descreve que a psicanálise fez surgir outras escolas psicanalíticas, como a de Carl Gustav Jung (1875-1961). Na segunda metade do século XX desenvolveram-se tratamentos de radiologia e psicofarmacologia. Revolucionou-se o tratamento de doenças como a esquizofrenia com a concepção da Clorpromazina - um antipsicótico - em 1940 que, segundo Caponi (2019), foi descoberta ao acaso, tendo seu primeiro uso como anti-histamínico. A institucionalização de pessoas com doenças mentais (e também as que não as tinha, mas eram higienizadas) era uma realidade inegável, e alguns regimes totalitaristas, como o nazismo, utilizaram essas pessoas como cobaias de experimentos médicos diários (ALMEIDA, 2016), junto aos judeus e demais internos dos campos de concentração. Esses experimentos com internos eram rotina diária, como descreve.

A terapia com eletrochoque foi amplamente utilizada como forma de “cuidado” e punição da população confinada. Os remédios também passaram a ser utilizados como forma de controle (CAPONI, 2019) dado o poder de seus efeitos sobre as pessoas, passando a ser uma forma de sequestro da subjetividade de quem os tomava. Ainda não se sabia muito bem os efeitos a longo prazo que as drogas causavam. Rapidamente os remédios saíram dos muros dos hospitais e ganharam os lares das pessoas, muitas vezes, romantizados pelo cinema e literatura. E nesse período também houveram os primeiros movimentos antimanicomiais, pedindo por mais humanização no trato com as pessoas institucionalizadas e na psiquiatria em geral, pois havia grandes estigmas acerca dessa disciplina médica. Tílio (2007) comenta que a psiquiatria do século XX tornou-se o lugar do saber da loucura, organizador da instituição psiquiátrica e direcionador do tratamento, tornando hospital e manicômio paradigma de cura ainda que existissem tratamentos extra-asilares ou multiprofissionais. Neste século também formou-se

uma organização mundial com objetivo de cuidar e prover saúde física, mental e social, para todos os povos - a OMS (Organização Mundial da Saúde) (MELLO, 2020). Também criou-se o CID (Código Internacional da Doença) e o DSM (Manual de Diagnósticos Mentais), que é, basicamente, um catálogo de doenças mentais.

O século XXI é marcado por poderosas forças antagônicas: de um lado temos um, cada vez mais intenso, movimento antimanicomial e contra a despatologização da vida (AMARANTE, 2020), que coloca o paciente como um sujeito de direitos; por outro lado temos profissionais da saúde mental medicalizando as pessoas e as encaixando em lógicas seculares de exclusão e anormalidade (CAPONI, 2019). Há também aumento de políticas públicas de saúde para as populações e ao mesmo tempo uma população recorde em sofrimento psíquico. Como serão escritos os próximos capítulos dessa história?

3.1 A saúde mental no Brasil

Como pudemos perceber, a saúde mental atravessou muitos processos para chegar ao que conhecemos hoje. Passou do natural ao patológico, e apesar de todas e tantas mudanças, ainda se mantêm muitos retrocessos. A institucionalização é um deles. Separei um espaço para um breve histórico da saúde mental no Brasil para melhor nos aprofundarmos na nossa realidade e na das mulheres que compõem este trabalho.

A institucionalização das pessoas no Brasil, começa com a chegada da família real, no século XIX. As famílias que tinham em seu seio alguma pessoa com deficiência ou doença mental logo as encerravam nas Casas de Misericórdia, pois era inadmissível as presenças destas no convívio social e até mesmo deixar ir a público quem havia alguém nessas condições na família. As pessoas eram classificadas entre normais e não normais a partir de um modelo imposto (e importado) de normalidade, e assim, quando anormais, precisavam ser retiradas do convívio social (FREITAS, 2019). As institucionalizações oficiais, num local próprio para isso, aconteciam como resultado de um decreto assinado em 18 de julho de 1841, com objetivo de solenizar a coroação do agora Imperador Pedro II. O Hospício nasceu para impulsionar a moral enfraquecida do império e ao mesmo tempo importar as práticas higienistas da Europa. No Brasil existia uma parcela da população que era denominada “casta dos vadios”, e esse grupo era composto por trabalhadores livres que não aceitavam a escravidão, pessoas que não aceitavam o trabalho e também aqueles que eram tirados de suas terras pelos grandes latifúndios

cafeeiros. Eram divididos entre, mendigos, vadios e loucos, sendo encerrados ou no hospital ou nos porões da Santa Casa de Misericórdia (JABERT, 2001).

Em 1830, é escrito um documento pela Associação de Salubridade da Sociedade de Medicina e Cirurgia Do Rio de Janeiro, na qual se reclama da forma como o louco era tratado e se infere que eles precisavam de uma instituição para atendê-los dentro dos preceitos da medicina. Jabert (2001) descreve o tratamento dispensado aos loucos como prisional: ficavam em uma pequena cela, sem vista para o céu ou ar para respirar, recebendo pouca luz emprestada. Cansado de lidar com essa realidade, José Clemente Pereira, o provedor da Santa Casa de Misericórdia, solicitou ao Imperador a construção do hospício, e foi atendido em julho de 1841. Dez anos depois, ficava pronto o estabelecimento que seria mantido pela provedoria da Santa Casa, e seria batizado de Pedro II. Jabert (2001) conta também, que o hospital psiquiátrico no Brasil foi criado antes de uma medicina psiquiátrica, dado que esta só foi instituída como disciplina médica a partir de 1881. O primeiro psiquiatra brasileiro, dr. Pereira das Neves, teria sido afastado do trabalho em pouco tempo devido aos maus tratos com os internos.

O Hospício Pedro II dividia seus pacientes por sexo e classe social. A divisão por sexos ocorria ao colocar homens e mulheres em duas alas distintas e sem comunicação. A divisão de classes acontecia em todas as alas e era feita em três partes: a primeira classe de pensionistas ocupava quartos individuais e tinha direito a um criado; a segunda classe mantinha duas pessoas por aposento; e a terceira classe, dos pobres, indigentes e escravizados, contava com quinze leitos de enfermaria. Nas primeiras classes ainda havia a divisão entre: agitados e tranquilos; na terceira classe entre: tranquilos, limpos, imundos e com doenças contagiosas (JABERT, 2001). O hospício em pouco tempo de funcionamento atingiu sua lotação máxima. Recebia pessoas de outras províncias por não haver outra casa parecida em outras cidades. O objetivo do hospital era ser nacional, então enviavam os pacientes de trem e navio para a internação.

Três pilares sustentam a construção do Hospício Pedro II: a demanda por um local próprio para os alienados com melhores condições de abrigo, além de um tratamento mais humanitário e sem castigos; eles estarem sob cuidados médicos; e a urgência de retirá-los do meio social. O hospital ficou pronto, mas isso não ocorreu, pois de acordo com Jabert (apud. Brandão 2001): “Os castigos, pela camisola de força, os jejuns impostos aos doentes, as cacetadas, o maus tratos e até o assassinato eram praticados pelos enfermeiros com a

aquiescência das irmãs que caridosamente os defendiam quando o facto chegava ao conhecimento do medico ou do diretor”.

A história da saúde mental no Brasil é marcada por inúmeras e múltiplas violências. Houve na história do Hospício, o médico Teixeira Brandão, autointitulado o “Pinel brasileiro”. Formou-se em medicina no Rio de Janeiro e buscou especialização em medicina mental na Europa. Tornou-se médico do Hospício em 1884 e diretor da instituição em 1887, quando aproveitou para tirar das Irmãs de Caridade o poder sobre administração, implementou também uma agenda médica. Contudo, os médicos só teriam o poder administrativo da instituição, a partir da proclamação da República em 1889, quando o governo provisório de Marechal Deodoro da Fonseca assinou um decreto que separava o Hospício da Santa Casa transformando-o num órgão público e de financiamento estatal. Para adequar o Hospício à nova forma de governo, seu nome foi mudado para Hospício Nacional de Alienados (JABERT, 2001).

Com o novo governo veio também uma série de mudanças. Agora a instituição já não tinha mais Irmãs de Caridade e foi instituída uma escola de enfermagem para capacitar pessoas no trabalho com o Hospício, sem orientação religiosa, e também trouxeram mais especialidades médicas como oftalmologia e sanitarismo. Inauguraram-se colônias de alienados para ajudar na superlotação do Hospício. Outros Hospitais foram abertos em cidades como Salvador, Pernambuco e Minas Gerais. O mais emblemático entre eles, no entanto, é o Hospital de Assistência a Alienados de Barbacena, inaugurado em 1903, em Minas Gerais (JABERT, 2001). Este hospital ficaria famoso por ser palco de uma das maiores atrocidades da história nacional: o Holocausto Brasileiro¹³, que ceifou incríveis 60 mil vidas com uma crueldade ímpar.

No ano de 1912, foi promulgada uma Lei Federal de Assistência aos Alienados, que consagrou o status de especialidade médica autônoma aos psiquiatras e aumentou o número de instituições destinadas a pacientes com doenças e transtornos mentais. Essas instituições tinham o objetivo de disciplinar através de hospitais ou espaços especializados, produzindo socialmente a normalização dos comportamentos considerados passíveis de intervenção dos saberes psiquiátricos, higienizando a sociedade. A partir desse momento surgiram asilos e manicômios por todo o país, relegando o tratamento do doente mental às medidas disciplinadoras, atrelando este tratamento às estruturas manicomiais (FREITAS, 2019). Esse tipo de prática se manteve durante longos anos, dando enfoque à doença que precisa ser tratada

¹³ Premiada obra de Daniela Arbex, narra a trajetória das pessoas que sobreviveram ao hospital e a história do próprio, apresentando entrevistas, documentos, fotos e fatos históricos.

ao invés de enxergar um indivíduo que tem uma doença que precisa ser tratada. Essas internações eram feitas sem muito critérios e desprovia o paciente de qualquer direito, segregando-os também do convívio social e familiar, como uma espécie de sequestro.

Na busca de corrigir as anormalidades dos pacientes as instituições aderiam a terapias de choque, hidroterapia, cirurgias como a lobotomia¹⁴, medicação exagerada, entre tantas outras práticas de tortura. Os pacientes não eram respeitados e não tinham direitos como indivíduos. “(...) Ao receberem seu passaporte para o hospital, os passageiros tinham sua humanidade confiscada” (ARBEX, 2013, p. 28). Arbex (2013, p. 14) relata sobre o Colônia:

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. No período de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. (ARBEX, 2013, p. 14)

Os primeiros passos para uma luta antimanicomial foram dados no Brasil após a Segunda Guerra Mundial, quando na Europa e Estados Unidos eclodiram movimentos contrários a forma como eram tratados os pacientes com transtornos mentais. Os principais movimentos ocorreram na França e Inglaterra que defendiam uma psiquiatria mais humanizadora. O movimento brasileiro iniciou-se na década 1970, pelo Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, partindo das denúncias de violência contra os pacientes em péssimas condições de trabalho (FREITAS, 2019).

A partir de então a saúde mental começou a caminhar para uma resignificação de suas práticas, adotando uma postura mais humanizadora, com foco no sujeito. Tais reivindicações tiveram também consequências negativas como a demissão de funcionários e estagiários das instituições. Isso acalorou as discussões e fez surgir espaços próprios para tal como grandes congressos de psiquiatria e psicanálise. Mas o Movimento Antimanicomial brasileiro ganhou sustança a partir do I Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1987 (FREITAS, 2019). Nesse evento foi defendida uma sociedade sem manicômios, e buscou, segundo Freitas (2019): “(...) a eliminação dos meios de contenção presentes no tratamento, o

¹⁴ Cirurgia que visa a retirada de parte dos lobos cerebrais com a finalidade de corrigir, em sua maioria, problemas comportamentais.

estabelecimento da relação do indivíduo com sua autonomia, produção de relações, espaços de interlocução, restituir os direitos, eliminação da coação e das tutelas (FREITAS, 2019, p. 8).

Em 1989, deu entrada no Congresso um Projeto de Lei, de autoria do Deputado Paulo Delgado, na qual regulamenta os direitos da pessoa com transtornos mentais e o fim dos manicômios no Brasil. Pela primeira vez a luta toma proporções jurídicas e normativas. Contudo a lei só viria a ser aprovada em 2001, porém as instituições psiquiátricas permanecem no Brasil. Também em 2001, foi promulgada a Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216, que reformulou o modelo de saúde mental no Brasil, conferindo mais direitos às pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Freitas:

(...) a partir da criação desta lei, as pessoas com transtornos mentais passaram a ter seus direitos como cidadãos preservados. A Lei 10. 216 diz sobre os direitos da pessoa doente mental, de sua autonomia quanto aos tratamentos propostos, da não internação desnecessária, da internação voluntária e involuntária, e da reinserção do doente em seu meio social, ou seja, o doente mental precisa ser visto como um indivíduo que apresenta uma doença, e como em outras doenças, precisa receber o melhor tratamento disponível para que assim ele consiga ter uma melhor qualidade de vida. (FREITAS, 2019, p. 9)

A Reforma Psiquiátrica procura então desconstruir todo um modelo de assistência pautado no aprisionamento do indivíduo em busca de cura para sua doença. Com o novo modelo procura-se tratar a doença, trazendo qualidade de vida ao ser humano em sofrimento psíquico, de forma respeitosa e humanizada. De acordo com Freitas (2019), entre os anos de 1987 a 2002, aconteceram duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), para discutir novas experiências sobre saúde mental e sofrimento psíquico. Uma das pautas falava sobre a experiência que poderia ir além do médico e psicólogo, mas abranger uma equipe multidisciplinar. A partir dessas discussões, percebeu-se a necessidade de novos modelos de tratamento, nascendo assim os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS), fazendo crescer a esperança de um atendimento de maior qualidade, e de uma saúde mental melhor apoiada.

Os CAPS são o que de mais moderno temos em saúde mental. É um serviço aberto do SUS, público e que melhor busca oferecer qualidade. Nos CAPS são tratados os sofrimentos psíquicos de moderados, graves e gravíssimos, como: neuroses, psicoses e demais desordens que ainda são chamadas de transtornos mentais. O tratamento no CAPS é feito de forma personalizada e diária, as pessoas passam a manhã ou à tarde lá para ter atendimentos e participar de atividades de psicoterapia, socioterapia, arte e terapia ocupacional. A família

também pode acompanhar o paciente e fazer parte do processo, tendo mais chances de emergir e entender a realidade do seu ente querido (FREITAS, 2019).

Os CAPS são resultado de décadas de luta e infelizmente, hoje, em 2021 estão ameaçados. Pois, o presidente Jair Bolsonaro e o Ministério da Saúde estariam se preparando para revogar aproximadamente cem portarias de saúde mental que foram publicadas entre 1991 a 2014, buscando favorecer internações prolongadas e comunidades terapêuticas religiosas¹⁵, de acordo com a jornalista Máira Mathias, do blog “Outra Saúde”. A jornalista Cláudia Collucci¹⁶, da Folha de Pernambuco, escreve sobre o ocorrido e revela que programas como o “De volta para minha casa”, que busca garantir a reinserção de pessoas longamente internadas em unidades psiquiátricas em suas famílias e lares, seja encerrado. Mudaria-se o atendimento nos CAPS, voltando-os à reabilitação e tirando o atendimento de saúde mental. Extinguiria-se os CAPS - AD (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas), que tratam as pessoas adictas de álcool e drogas. Mais uma série de perdas.

Resta torcer para que isso não aconteça, perder os CAPS e tantos programas voltados à saúde mental, seria um retrocesso sem tamanho. Vencemos algumas batalhas, mas a guerra segue firme. O modelo psiquiátrico manicomial ainda não foi superado, e seguimos com desmontes da saúde pública. Ainda temos força para lutar.

Apesar de atender essa demanda específica, os CAPS não atendem sofrimento psíquico não persistente, ficando esse público que não se encaixa na categoria de “transtorno mental”, praticamente desassistido. Essas pessoas têm a opção de pagar pelas consultas com profissionais da saúde mental em redes particulares, procurar atendimento via SUS, ou ainda buscar tratamento em universidades, que têm vagas restritas para o número cada vez mais crescente de candidatos. Todavia, muitas dessas pessoas nem sabem que estão em sofrimento psíquico. E podem também não saber das opções que existem. A saúde mental ainda carrega o estigma da loucura, e há desconhecimento e preconceito a respeito do assunto. Mesmo dentro das universidades ainda há pouca conversa sobre saúde mental, e percebe-se cada vez mais pessoas em sofrimento e que não chegam a concluir o curso.

¹⁵ As informações são da jornalista Máira Mathias, publicadas no blog “Outra Saúde”. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasaude/revogacodasaudemental/>>. Acesso em: 07 de dezembro de 2020.

¹⁶ Informações retiradas da página: <<https://www.folhape.com.br/noticias/governo-bolsonaro-quer-revogar-portarias-que-sustentam-politica-de/164924/>>. Acesso em janeiro de 2021.

Vamos acompanhar a seguir a trajetória de duas estudantes universitárias em sofrimento psíquico para saber suas impressões sobre o assunto. Acompanharemos também duas profissionais que têm lidado com esse sofrimento psíquico dentro da universidade.

4. VIVÊNCIAS AFETIVAS E ESCOLARES DAS MULHERES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Estar na universidade é desejo de muitas pessoas e, infelizmente, ainda se configura privilégio de poucos. Ações afirmativas como as cotas raciais vêm sendo implementadas para tentar diminuir a desigualdade histórica que cerceia o acesso da população mais pobre às universidades públicas e particulares. Conseguir entrar na universidade é uma das preocupações que assola o estudante. Uma vez que consegue ingressar, cabe a esse estudante encontrar uma forma de *ser* dentro da universidade.

Ser na universidade vem se configurando como pauta de discussão no espaço universitário pois o processo de estar no ensino superior pode ser angustiante. É uma mudança muito grande a liberdade que se experimenta contrastando às regras que se tinha no Ensino Médio. Para quem vem direto da escola ao ensino superior, é um deslumbramento: existe a vida estudantil, as festas, vida noturna, novos amigos e novas formas de relação, estágio, centros acadêmicos etc. Há pessoas que vêm de outras cidades, estados e até países, sentem falta da família, dos amigos e podem não se encaixar bem na nova rotina. Há também aquelas que são mais velhas e podem sentir-se deslocadas perto das pessoas mais jovens ou dos desafios das novas tecnologias. Há ainda quem tenha responsabilidades familiares e sinta maior dificuldade em dar conta de mais uma rotina de estudos.

Estar e ser na faculdade são processos que andam ao mesmo tempo juntos e separados. Você pode estar lá e não ser parte de tudo o que aquilo representa, ou ser parte de uma fração do todo. Você também pode estar e ser com tudo o que pode oferecer. Para isso depende da condição de cada um, pois o sucesso não é uma questão apenas individual. Ele é histórico, social, político e dinâmico. Cada vez mais tem sido maior o desconforto mental que as pessoas no ensino superior enfrentam. Seja pelas provas, pelo trabalho, pelas contas a pagar, os filhos que estão sem creche, e outros tantos motivos, as pessoas estão surtando e precisando cada vez mais de serviços voltados à saúde mental.

Na UFSC é oferecido um pronto socorro psicológico pelo SAPSI - Serviço de Atenção Psicológica, das 8:00 às 18:00. O SASC - Serviço de Atendimento à Saúde da Comunidade Universitária, também oferece serviço de psicologia via SUS, sujeito à lista de espera.

Mais recentemente a CAE, que atende pessoas com deficiência, começou a atender pessoas em sofrimento psíquico na universidade. Fernanda e Bianca contam sobre seu campo de atuação e a CAE. Bianca fala¹⁷:

(...) A CAE foi criada em 2013, Inicialmente ela estava vinculada à Pró-Reitoria de Graduação e depois ela migrou em 2016 para a Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades e o objetivo geral da CAE é proporcionar condições de acessibilidade para os estudantes com deficiência que são matriculados na graduação e na pós graduação. E aí essa acessibilidade ela pode acontecer de várias formas, né, dependendo do que o estudante nos traz como demanda. Então ele pode requerer um auxílio mais pedagógico; às vezes ele solicita auxílios que têm relação com o deslocamento... Enfim, dependendo muito, isso é variável, então a gente sempre tenta trabalhar na perspectiva do que o estudante nos traz como demanda. Então antes de a gente oferecer qualquer apoio, a gente senta com esse estudante, identifica com ele o que ele precisa, e aí diante da estrutura que a gente tem a gente consegue ver o que é possível ou não oferecer nesse momento.

Cada vez mais têm aumentado o número de estudantes que procuram auxílio na CAE e não necessariamente com deficiência. Eles procuram os serviços na esperança de um acolhimento e que, finalmente, possam conseguir a sonhada ajuda para estudar. A Universidade conta também com o SAPSI, que oferece auxílio psicológico. Porém, as vagas são distribuídas via sorteio, limitadamente. Fora esse atendimento contínuo do sorteio, eles atendem casos emergenciais, como um pronto socorro da saúde mental. Muitos estudantes não conseguem atendimento e vão para a CAE. Fernanda fala sobre eles também:

O que acontece é que, claro, muitas pessoas acabam procurando a CAE, com, digamos, com hiperatividade ou bipolaridade, algum transtorno que não necessariamente é deficiência. A gente atende, faz uma escuta e dentro das nossas possibilidades, a gente faz uma orientação ao curso e aos professores, mas essa pessoa não é atendida aqui com o psicólogo, né, ela não faz um acompanhamento. O que a gente faz é esse meio de campo da CAE com o curso, para apresentar algumas metodologias, alguma didática para que esta possa ter alguma adaptação em prova para esse estudante, para que os professores também recorrer. Se esse estudante, óbvio, “Então quero vocês falem com os professores”, a gente faz esse meio de campo. Mas, de fato, ele não é atendido, acompanhado, a gente acaba fazendo, faz a escuta, escuta a demanda, encaminha e, se for o caso, e faz o diálogo com curso.

Algumas mudanças ocorreram no trabalho da CAE a partir da promulgação da Lei 13.146 - LBI (Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência), que abrange também a

¹⁷ Optamos por transcrever as falas de acordo como as pessoas falaram, para que se mantenha a fidedignidade das entrevistas.

condição de doença mental e psíquica como deficiência, caso ela siga determinados critérios da Lei:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação.

(BRASIL, 2015)

Bianca nos conta sobre essa Lei e a mudança que está se instituindo no público da CAE, que agora com a promulgação da LBI abrange alguns transtornos psíquicos, a depender do grau de dificuldade que ele causa na vida pessoal, como deficiência. Então esse público está chegando na CAE para solicitar atendimento, mas nem todos conseguem, devido à essa questão da “funcionalidade” do transtorno, e sobre isso não ser ainda muito bem definido, dada a novidade do assunto e à dificuldade de se definir o que é essa “funcionalidade”. Segundo ela:

[...] esses estudantes com transtornos estão chegando para a gente com uma certa... é mais recente para a gente, né, esse público. Até a promulgação da LBI a gente não entendia algumas, algumas características como uma deficiência. Então, a partir da LBI e nós verificamos que ela amplia um pouco esse público e considerando a questão da funcionalidade, que é o que está lá previsto, a depender de como esse transtorno ele vai trazer impacto para a vida dessa pessoa, ela vai poder também se inserir nesse público de ser entendida como pessoa com deficiência. Então, nós temos alguns estudantes na UFSC que estão na graduação e na pós, e que tem características de transtornos, diagnósticos, enfim, de transtornos, que se a partir dessa modificação da lei no Brasil, começaram também a se beneficiar das políticas públicas para pessoas com deficiência. E por isso, nós também recentemente começamos a receber o público, que para a gente ainda é novidade, inclusive traz um desafio bastante interessante para a equipe, de pensar em como oferecer acessibilidade para essa categoria que para a gente, ainda é recente. Então é. É interessante ver como ao longo do tempo, as políticas elas vão moldando também o nosso trabalho, porque nós estamos para atender às políticas públicas, a gente sempre, dizem sobre a gente, não está aqui para fazer benesse, nem caridade. Ninguém está oferecendo um serviço pautado no assistencialismo. O que a gente está fazendo aqui é garantir direitos das pessoas com deficiência e o acesso à educação. Se esse público muda, o nosso trabalho também muda.

Ela também nos fala a respeito do processo de análise das requisições de atendimento, e como isso pode ser complicado, pois nem todas as pessoas podem ser atendidas. Assim como todos os outros, o trabalho da CAE tem seus limites, e as análises têm seus critérios. Conta

também um pouco do desamparo de não haver setores que cuidem dessa demanda de saúde mental:

E aí essas questões dos transtornos, não todos, então a gente faz uma análise bastante criteriosa para poder também entender, como falei antes, quais são os impactos que essa, esse transtorno gera na vida dessas pessoas. Estamos nos capacitando também ao longo desse tempo para poder aprimorar essa concepção e entender exatamente o que a gente está querendo dizer quando a gente fala o que é ser pessoa com deficiência ou não. Mas esse público está chegando, A universidade ainda não tem uma estrutura de setores que possa dar atendimento. Então, muito do que nas vezes a gente fica até reclama, inclusive internamente no setor, diz: “olha, este não é nosso, mas é de quem? Não é de ninguém! Porque ninguém sabe”. Então a gente acaba trazendo para cá tudo aquilo que acaba sendo entendido pelos professores, enfim, pela comunidade universitária, como sendo demandas que não são atendidas por ninguém. E é isso que a gente evita fazer, na verdade, nós não queremos ser o ponto, a CAE, e isso é consenso na equipe, que nós não queremos ser porta de entrada para demandas que não são relacionadas a deficiência. Mas, ao mesmo tempo, a gente tem essa lacuna, que não é deficiência, mas, ao mesmo tempo, ela precisa de algum atendimento, que seja diferenciado e esse atendimento não é oferecido por ninguém

Como disse a Bianca, na universidade ainda não há um espaço físico, e também simbólico, de acolhimento às pessoas em sofrimento psíquico. De quem seria essa demanda? Como fazer para tornar a universidade um lugar mais acolhedor? A partir das falas da Bianca e da Fernanda podemos perceber que a universidade, hoje, é para todos - todos aqueles que não necessitam de auxílio em saúde mental. A universidade tem sim pensado em propostas de auxílio para que os estudantes possam permanecer e concluir seus cursos, mas nada ainda em saúde mental. Isso me lembra Foucault (1972) e a trajetória da história da loucura: as pessoas com uma condição diferente do chamado “normal”, à margem da sociedade, excluídas, sem as suas necessidades atendidas. Muitas vezes, sequer, reconhecidas. E é esse cenário, essa universidade que Amábile e Violeta vivenciam.

As duas estudantes estão vinculadas ao curso de Graduação em Pedagogia, do CED (Centro de Ciências da Educação). Ambas estão na casa dos vinte, ainda experimentando alguns sentimentos da adolescência e também vivenciando a vida adulta. São estagiárias do NDI (Núcleo de Desenvolvimento Infantil), em turmas distintas. Meu vínculo com elas se deu a partir de experiências que vivemos pela universidade: Violeta através do PIBID (Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência) e Amábile pelo NDI. Saímos Violeta e eu do PIBID para estagiar no NDI, e nos encontramos as três. Cheguei a cursar com ela uma aula de Literatura e Infância, cancelada pela Pandemia de COVID - 19.

Quando souberam do trabalho, logo se ofereceram para contribuir e eu aceitei com grande alegria, já que nossas histórias tanto se cruzam, além da empatia. Eu vi na história delas

minha própria história tantas vezes, mas tentei exercitar aquilo que aprendi no meu processo psicoterápico sobre não carregar fardos que não são nossos, separar o que é meu do que é do outro, mas sem perder a compaixão e a ternura.

Não foi fácil. Para elas tampouco. Ao término das entrevistas nos abraçamos longamente e nos acolhemos umas às outras. Eu cheguei a me emocionar no decorrer dos depoimentos e derramei algumas lágrimas, mas foi na hora da transcrição que realmente chorei. Chorei por elas e por mim. Chorei pelo lugar de não-lugar (LIMA, 2010) que a gente ocupa, e confesso que tive dificuldade com a transcrição, sendo este o processo mais demorado do trabalho. Enquanto ele acontecia eu precisei me defrontar com os motivos de estar tão sensível a estas histórias, precisei confrontar a minha própria e quem eu era, lembrando do conceito de experiência de Jorge Larrosa, narrado por Lima (2010) como tudo aquilo que nos atravessa. Eu fui atravessada por cada uma dessas histórias.

Pedi para que elas começassem esse processo me contando quem elas eram e como se descreviam. Gostaria de lhes contar como são estas mulheres por elas mesmas. Solicitei à Amábile que me explicasse quem ela era:

Amábile: Uhhmm, difícil, né? Assim, é complicado... Eu já não arrumo nem na terapia como falar de mim mesma. Annnhh... Eu sou uma pessoa completamente de cabeça para baixo, que lida com as situações da forma mais dramática possível, por impulso e que tenta fazer tudo por todo o mundo, porque é assim que eu me sinto bem e... que nem diz um professor: “Você é muito Amábile”. Teve um professor que ele olhou pra mim: “Que nome amável”. É isso.

Ellen: O seu nome te representa?

Amábile: É descritivo.

Ellen: E como você se sente em relação a isso?

Amábile: Eu me sinto bem, sério mesmo. Tipo, eu gosto, sabe? De ser seu.

(Risos)

Amábile: Sabe quando você gosta de ser você? É isso.

Ellen: Você não se trocaria por ninguém?

Amábile: Eu não me trocaria, talvez um pouquinho menos de transtorno de ansiedade, mas daí a gente trabalha.

Também direcionei esse questionamento à Violeta, ao passo que me respondeu:

Violeta: Eu sou uma poetisa (...) bem... Poetisa, borderline, flamenguista, acadêmica, e solitária.

Ellen: Solitária? Você se reconhece como uma pessoa solitária?

Violeta: Sou solitária.

Ellen: Certo. E como você se sente acerca de todas essas coisas que você descreveu?

Violeta: Angústia. Porque você fica abalado, sabe? Pelas psicoses, é o estado natural. O que eu tenho, o F60.3¹⁸, ele faz com que você se sinta angustiado o tempo todo. E faz com que você tenha uma percepção alterada da sua identidade. Pra eu chegar onde eu te falei de me reconhecer como poetisa, borderline, flamenguista... eu precisei de terapia.

Ao analisar as falas de Amábile e Violeta percebi que falam de lugares muito distintos. Amábile tem uma relação mais voltada para si, numa perspectiva mais à parte do seu diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada. Ela vive apesar dele, com o foco mais no sujeito que na doença. Todavia em sua fala é possível perceber um sentimento de não adequação ao afirmar que é “uma pessoa completamente de cabeça para baixo, que lida com as situações de uma forma mais dramática possível”. Amábile também usa a literatura para se explicar e tem uma relação bem estreita com Alice no País das Maravilhas.

Violeta tem uma relação mais afim com seu diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline. Ela conta com muita propriedade sobre o CID e suas características, sabe muito sobre os remédios, seus usos e efeitos colaterais. Ela vive com o diagnóstico e às vezes responde às perguntas como se ele fosse primeira pessoa do singular, não ela. Isso vem da influência de sua história familiar, que se mistura à sua própria. E se mistura também à história dos manicômios no Brasil. Não só dos manicômios, mas da saúde mental no geral. Deixarei que Violeta nos conte parte dessas trajetórias:

A minha bisavó morreu em 6 de janeiro de 1966, no Hospital Colônia Santana. Ela tinha depressão naquela época, era época do eletrochoque, da insulino-terapia. Tinha um corredor da Colônia Santana, que era chamado de geladeira, onde as pessoas dormiam no chão e todos os dias, os guardinhas tinham que recolher entre quatro e cinco corpos mortos. Essa foi a época que a minha bisavó viveu lá na Colônia Santana. É isso que me traz aqui: é minha história no sistema psiquiátrico brasileiro, porque eu fiz parte disso sem saber que ela também tinha sido parte. Só fui saber quando a minha mãe foi correndo me tirar da Colônia Santana e falou: “Sua avó morreu aqui”. Eu nem imaginava... e o meu transtorno, o meu transtorno...(...)

Quando fui internada, minha mãe foi correndo pra Colônia Santana, me tirar de lá porque ela não aceitava, meu padrasto olhou para minha cara e falou que os remédios não adiantavam de nada... A minha família não aceita. Eu tenho uma tia esquizofrênica que ela mora sozinha e de madrugada, duas horas da manhã, os vizinhos falam que ela pega o facão e fica batendo em pessoas imaginárias, esfaqueando pessoas imaginárias no meio do quintal e ninguém faz nada. Ela botou vários processos nas costas dos vizinhos dela, sem prova alguma, porque ela é esquizofrênica, ela tira coisa da cabeça dela e o juiz. O próprio juiz desse, desse caso dela, falou para a família dos vizinhos: “Olha, vocês têm que ir atrás da família dela, eles tem que se

¹⁸ A sigla F60.3 designa o Transtorno de Personalidade com Instabilidade Emocional, também conhecido como Transtorno de Personalidade Borderline.

responsabilizar por ela, porque ela está sofrendo negligência e ela é um perigo para a sociedade”. Mas a vizinha não vai porque tem pena do meu avô, porque meu avô é uma pessoa boa, porque não quer botar uma pessoa que é um peso, porque querendo ou não, a pessoa que tem transtorno é vista dentro da sociedade como um peso. E eles não querem botar nas costas meu avô, eles preferem ficar respondendo processo. Mas o meu avô devia cuidar dela porque os pais dela estão mortos.

Houve um dia que o NDI entrou em contato com os estagiários próximos de Violeta e foi anunciado que ela estava desaparecida. O PIBID e a Coordenação da Pedagogia também se mobilizaram. Não fazíamos ideia de onde poderia estar Violeta... foram momentos de terror e engajamento nas buscas. Depois de uns três ou quatro dias, Violeta apareceu e contou que ficara internada no hospital Colônia Santana ou IPQ (Instituto de Psiquiatria). Não entramos em detalhes sobre esses dias, mas ela contou que foram dias assustadores, que ela ficou amarrada numa cama e também conversou com pessoas em estado mais grave que o dela. O caso abaixo a marcou profundamente.

Quando eu fui internada no IPQ, encontrei uma border raiz o que que ela fez? Ela era casada há mais de vinte anos, era casada mais vinte anos, e o border tem um... ele é conhecido como a doença do amor, porque quando está apaixonado ele fica obsessivo, ele fica muito atacado. Ela era obcecada pelo marido dela, e o marido dela pediu o divórcio, o que aconteceu? Ela não aceitou de jeito nenhum. Ele fez uma amiga, que eu não sei, isso é tipo Dom Casmurro: você só sabe a opinião do Dom Casmurro, você não ouviu a Capitu. Eu só ouvi aquela mulher, não ouvi o marido... então só sei a versão dela. Segundo ela, eles estavam tendo um caso, mas a única coisa que ela viu é os dois rindo na sacada de casa, só isso. Foi só isso. E o que ela fez? Ela avançou na mulher. Ela avançou na mulher porque ela estava rindo com o ex-marido dela, e aí pegou um facão e se auto mutilou. Ela se auto mutilou num nível que, quando conheci ela, ela estava com uma faixa no braço e saía pedaços da pele dela. E eu olhei e falei: “isso não se parece comigo”, mas até dois dias atrás eu tive uma crise de estima que eu fiquei cega e eu não dei por mim porque a gente não tem essa consciência do que a gente faz. A gente fica cego.

Ambas as mulheres contaram sobre suas vidas com muita paixão e os sentimentos à flor da pele. Manifestamos diversos tipos de emoção durante o processo: medo, raiva, tristeza, rancor, emoção, nostalgia... Me contaram também como foram suas vidas escolares e como isso afetou suas relações com a universidade, sendo o caso de Amábilis bastante emblemático e que muito me moveu:

Ah, foi bem ruim, eu tenho que te falar. Foi muito ruim, assim, eu sempre fui um tipo de pessoa gordinha, e aí as crianças pegavam muito no meu pé. Muito mesmo, tipo... antes de uma época que se ouvia falar de bullying, sabe? Me senti velha agora, mas enfim... Pois é, era uma época em que não se falava tanto de bullying e eu apanhava dos meninos. É... Sim. Eu lembro bem dessa cena na sexta série que o menino, sabe aqueles repetentes? Que eu não sei bem o que aconteceu, mas ele me deu um mata leão no meio da sala de aula. E ninguém fazia nada, sabe? (...) Sim, e... foi assim o meu ensino fundamental inteiro, muito ruim. É... disse para Luciana,

nutricionista, repito que todos os meus pesadelos, ou começam ou terminam na escola que eu fiz o fundamental, todos sem exceção de nenhum, assim. Ou eu to correndo de lá, ou eu to correndo para lá, ou acontece alguma coisa e eu paro lá. Todos. É... não foi algo que eu tive nenhum tipo de apoio, a minha família não sabia o que fazer. A diretora tava cagando, tava assim ó (gesticula as mãos uma sobre a outra em sinal de desdém) sabe? E a minha mãe, ela só não sabia o que fazer, sabe? E ela tentava ajudar, mas quando tem esses tipos de agressões, é difícil, entendeu? (...)

Amábile sofreu violência física e psicológica em seus anos de escola básica. Muitos autores têm estudado a violência na escola, e esse é um fenômeno que não é novo e nem exclusivo de escolas públicas ou particulares; a violência está enraizada no chão da escola independente da classe. Rosa (2010, p. 145) nos afirma sobre a violência escolar que: “Trata-se de um comportamento agressivo através de insultos, apelidos cruéis, gozações, ameaças, acusações injustas, atuação de grupos que hostilizam a vida de outros levando na maioria das vezes o agredido à graves consequências psíquicas e à exclusão escolar e social”. Vemos isso no relato de Amábile, que além do trauma, acarreta sequelas à sua vida que ela carrega até hoje, a ansiedade, por exemplo, e a aversão ao toque, como ela diz a seguir:

Tem que ter uma ajuda assim que não veio. Eu tenho muitos problemas de... toque em mim, entendeu? É... me sinto bem acuada. Na verdade tem que ser, tem que ter uma pessoa que eu gosto bastante sim, para que eu me sinto confortável na pessoa tocando em mim. Isso veio de outras coisas também. Mas veio muito desse, desse período do fundamental. Muitas coisas, muitas muito xingamento, muita, sabe humilhação, mesmo? Bem ruim, e... mas isso mudou. Parece que acontece alguma mágica entre as férias do fundamental e do médio que as pessoas amadurecem magicamente. Eu lembro de uma situação assim, que a menina me encheu o saco eu chorei. Mas em três anos, foi a única vez que aconteceu. Achei meu ensino médio quase perfeito, se não fosse a matemática, eu acho que sim.

Ela também nos conta como se sente acerca do curso e das aulas, bem como sobre o sentimento de inadequação com o curso de Pedagogia, e como a ansiedade a afeta. Amábile trouxe para a universidade muitas marcas da violência que passou no Ensino Fundamental.

Eu me sinto totalmente sufocada. Às vezes eu preciso sair, e é muito raro eu conseguir ficar a aula inteira. Assim, tem que ser ou uma aula que eu me interesse muito, mas às vezes até a aula que eu me interesse eu saio, por não conseguir ficar mesmo. Às vezes a aula tá chata, sabe? Mas tem muito, realmente, de eu não conseguir ficar em sala de aula, desde quando comecei o cursinho, mas a gente não tinha muita opção... Desde acho que o segundo ano do cursinho, é... eu tive muita dificuldade em ficar em sala de aula.

Ellen: E como isso te afetou, Amábile?

Amábile: Me fez muito, eu querer sair do curso, sabe? Porque eu me sentia impaciente não parecia me interessar por nada. E eu queria MUITO sair do curso. Meu Deus do céu, acho que o CED inteiro ouviu dizer que eu queria sair do curso. E é muito ruim, porque você pensa: “Caramba! Vou ter que começar tudo de novo! Porque a transferência é quase impossível, né?”, e isso me deixou muito mal.

As marcas de violência que Amábile carrega da vida escolar afetam não só sua vida acadêmica, mas também sua vida pessoal. Ela tem crises de pânico frequentes e se sente acuada na Pedagogia, tanto que pensa em mudar de curso.

Violeta também tem seu relato para nos oferecer. Ela nos conta sobre como a universidade trata quem está em sofrimento psíquico.

A universidade é o seguinte: quando você assume que você tem um transtorno, as pessoas têm medo de você, as pessoas têm medo, porque elas não querem encarar que existe esse tipo de pessoa na sociedade.

Como todo border, eu era uma criança brilhante. Todos os borders, explicando uma coisa, o border ele é uma soma de eventos que te aconteceram... quem me explicou isso foi uma estudante de psicologia, que eu achei ela maravilhosa. (...)

(...) Quando eu cheguei aqui na universidade, veja bem, junho de 2018, eu estava entrando, na UFSC. Eu sempre fui conhecida na comunidade acadêmica, porque eu comecei meus estudos no Centro Universitário em São José, lá em São José, onde eu moro. E eu era conhecida por fazer a prova em dez minutos, provas de filosofia extremamente complexas, era adotada de uma extrema... um extremo foco. A partir do momento que a risperidona foi inserida como coquetel, eu perdi isso e, veja bem, eu perdi isso quando eu entrei numa universidade onde as coisas eram mais difíceis, onde era tudo mais competitivo, onde querendo ou não falando bem curto e direto, excelência. A UFSC preza pela excelência. É conhecida como a sexta melhor universidade do Brasil, eu não posso fazer qualquer prova, eu não posso fazer qualquer trabalho. E eu senti um baque, porque eu senti que tinha que ser duas vezes melhor; eu senti que tinha que ser duas vezes melhor que todos os meus colegas. Mas como é que vou ser duas vezes melhor se meu cérebro não funciona igual deles? Se a minha predisposição genética, e a forma como o meu sistema cerebral funciona é diferente? Porque eu sou diagnosticada com depressão e a depressão ela reduz o seu foco e a academia?

Violeta discorre sobre a universidade tratar igual as pessoas não iguais, existe de fato uma falta de equidade. Nos conta também sobre como encontrou acolhimento e apoio nos professores da Pedagogia, mostrando a importância do docente para além dos processos de aprendizagem.

Ela te trata igual, ela te cobra igual, você tem que ser excelência, mesmo estando doente (...). Desde que eu entrei na UFSC eu encontro muita dificuldade para fazer o curso. Não tem um semestre que eu não tenha ido parar no SAPSI. Eu me lembro que no primeiro semestre encarar a professora Joana Célia dos Passos, de Diferenças, Estigma e Educação, com a boca tremendo, batendo queixo e dizendo: “Professora eu estou tendo uma crise”, e ela olhar para mim, tocar no meu ombro e dizer: “Tudo bem, eu entendo, vai lá”. O lado bom é que eu encontrei apoio dos professores da pedagogia, a pedagogia, ela é muito acolhedora, principalmente na coordenação. Quando eu fui internada, a professora Jocemara, doutora Jocemara Triches, foi atrás de mim para saber onde é que eu tava. Isso tem relação com Foucault, porque é uma instituição de sequestro. A minha instituição de sequestro foi atrás da outra instituição sequestro para saber por que a outra instituição de sequestro tinha me sequestrado... (Risos). Mas encontrei muito

apoio nos professores da pedagogia, coisa que se fosse em outro curso eu não sei se aconteceria, sinceramente, porque tem muito preconceito ainda na academia com relação a isso, pra você ver, ninguém conhece a CAE, ninguém conhece o trabalho que a CAE faz. Quantas pessoas que estão aqui dentro, passando pelo que eu passo, com as mesmas, com as mesmas dificuldades, tentando entender textos de doutorado, extremamente complexos, sofrendo com nota baixa, porque tem dia que você não quer nem sair da cama. Esses dias eu sonhei que eu tinha me suicidado, e eu tive que vir para cá porque eu tenho que ter 75% de presença. A academia tá pouco se fudendo pra gente (...) Eles não te perguntam como você tá. Mas eu tive a sorte de chegar e ter professores bons, de chegar na professora Célia Regina Vendramini e falar: “Eu não consegui fazer o teu trabalho porque estava em tratamento e eu sou uma suicida”. E ela olha para mim e dizer: “Tudo bem, me entrega esse trabalho daqui a cinco dias”. Que professor fez isso?

Múltiplas violências marcaram a história dessas mulheres, quer estejam no papel de trabalhadoras, atendendo, planejando, ouvindo, acolhendo, fazendo o seu melhor por outras pessoas, e até dizendo não... muitas vezes através das histórias que chegam para elas; quer estejam no papel de estudantes, traçando seus caminhos rumo à uma profissão da qual não tem tanta certeza se é a que querem seguir. Mas uma coisa todas elas sabem: que estão dando o seu melhor. Elas sabem que querem ser felizes nas suas vidas pessoais e nas suas carreiras, e tentam o seu melhor. Bianca e Fernanda enfrentam o desafio de se adequar às novas políticas públicas e acolher o sofrimento psíquico, Amábile e Violeta, de ser e estar na universidade com suas especificidades, de conseguir continuar a formação e concluir o curso, de ter que enfrentar seus demônios para isso.

Nem sempre encontramos justiça nos nossos caminhos e os relatos de Amábile e Violeta nos mostram isso. A história da saúde mental na Europa e no Brasil mostram isso... o que temos hoje é fruto de muita luta e, é ótimo que tenhamos um CAPS disponível, que possamos pegar os remédios no SUS! Mas não é suficiente! O sofrimento psíquico vem acometendo cada vez mais pessoas que não necessariamente ostentam um CID, e essas pessoas se não pagarem por serviços particulares, não tem para onde ir dentro do sistema público. Mais do que nunca é preciso lutar para garantir o direito à saúde mental. E diferentemente de como aconteceu com Violeta, que se internou voluntariamente pois não sabia mais o que fazer e temia por sua vida, é preciso a garantia de um tratamento em saúde mental que seja humanizador, que respeite a subjetividade do sujeito. O sonho dessa saúde mental já é antigo, e ainda continuamos sonhando. Pois como diz Milton Nascimento, em Clube da Esquina II: “Os sonhos não envelhecem”. Vamos sonhar, vamos lutar por esse sonho, até que ele seja realidade.

5. OS CORPOS MEDICALIZADOS

Até porque se a gente pensar assim como supor uma doença, vou colocar um câncer, se o aluno vai lá, e apresentar um atestado e precisa, sei lá, uma vez por semana, fica fora da universidade porque ele faz o tratamento quimioterápico dele. Ninguém vai questionar, não vão encaminhar o estudante para a coordenadoria, por exemplo, para outro serviço, para legitimar o curso. Mesmo se você ver, quando a gente pensa em saúde mental, parece que sempre paira aquela desconfiança, não só na educação... [...] A saúde mental, ela ainda olhada com muita desconfiança e descrédito até, entendeu? E ainda a responsabilidade recai muito sobre a pessoa que tem esse diagnóstico que tem esse transtorno do que a gente fazer esse olhar para fora.

(Frase dita por Fernanda durante a entrevista)

Um dos maiores fenômenos histórico, social e político do nosso tempo é a medicalização. Ela está presente em todas as esferas da vida, na sociedade a partir do momento em que problemas de ordem coletiva e/ou contextual, são tornados individuais e patologizados (CHRISTOFARI, 2014), responsabilizando os sujeitos. A medicalização é um dispositivo sorrateiro, que engendra discursos da área da saúde, principalmente de uma lógica médica e psicológica, para docilizar o ser humano, ora atacando seu corpo, ora atacando sua alma (Foucault, 1979), cindindo um ser total em corpo e alma. Para Amarante (2020):

[...] A medicalização trata fundamentalmente da apropriação da vida pela racionalidade científica, pretensamente científica, supostamente científica [...] A medicalização trata do deslocamento ou da apropriação de algo que é da vida, que tem outras racionalidades, outras formas de entendimento. E que por determinados processos que não são exclusivos de dentro da medicina, da psicologia e da psicanálise, se tornam problemas médicos, problemas patológicos, problemas que são tratados pela racionalidade médica, científica. (AMARANTE, 2020, min. 16:07)

Esse fenômeno, como sugere o nome, não diz respeito somente às questões relacionadas aos medicamentos, mas diz de toda uma lógica pautada na produção de doenças. Gostaria de ilustrar essa situação usando um trecho do filme “O fabuloso destino de Amelie Poulain” (2001), na qual o pai de Amelie, médico, não costuma tocar a filha, exceto nos exames de rotina uma vez ao mês. A menina fica tão ansiosa pelo toque, que seu coração bate forte. O pai acha que Amelie tem problemas cardíacos e a proíbe de frequentar a escola, deixando sua educação a cargo da mãe, em casa. A exaltação de Amelie devia-se à sua emoção em estar com o pai. Este, não investigou outras causas, nem adotou outras estratégias. Não prestou atenção ao

contexto e à rotina da criança, e aquilo que era da ordem das emoções, da vida cotidiana, virou uma doença.

Assim acontece com tantas Amelies: é só a vida acontecendo, e a lógica médica acaba por transformar o “normal” em patológico. Não quero aqui dizer que medicamentos são ruins e desnecessários; há quem precise deles e por isso devem receber um tratamento adequado, tendo seu direito à despatologização da vida garantido, assim como o psiquiatra que descrevo na introdução deste texto, que me atendeu e disse que eu não era um CID (Código Internacional da Doença), que ele era parte de mim, mas não era eu. Apenas uma parte pequena de quem eu sou...

A medicalização está presente também nas instituições de ensino, desde a educação infantil até os programas de pós-graduação. Isso porque sua lógica encontra terreno fértil na escola. Segundo Christofari (2014, p. 8) “no ambiente escolar a medicalização é um processo de produção discursiva que justifica as dificuldades de aprendizagem, os comportamentos, ou seja, questões atinentes às situações cotidianas vividas nesse contexto, como sintomas de patologia”. Nesse sentido, a medicalização na escola fornece licença para que problemas sociais recaiam sobre o estudante. Um exemplo prático, é o documentário “Que letra é essa?” (2004), que conta a história do menino Patrick, que na época estava cursando o primeiro ano pela terceira vez. Uma professora se referia ao menino como alguém sem formação social nenhuma; outra professora dizia que Patrick não aprendia em decorrência da doença, dos vermes. Na verdade, a família estava passando por um momento complicado devido à prisão do irmão mais velho de Patrick.

Creio que para entender mais amplamente as questões que perpassam a medicalização, a sala de aula, considera-se necessário citar o corpo, e sua construção histórica e social ao longo dos séculos. Um corpo não somente é, ele carrega em si a história daquele que o habita, do seu período histórico, das regras da sociedade ao qual está inserido. Um corpo é ao mesmo tempo um micro e um macro universo que estabelece em si uma relação de espiral: transita de forma não linear de si para o mundo, e do mundo para si, e por esta razão, ao longo da história vem sendo, por vezes, atacado; vezes interdito, vezes disciplinado.

Sob a perspectiva foucaultiana entende-se o corpo como:

(...) expressão de poderes e de saberes que se articulam estrategicamente na história da sociedade ocidental. O corpo é, simultaneamente, agente e peça dentro de um jogo de forças presente em toda a rede social, que o torna depositário de marcas e de sinais que nele se inscrevem nesses embates, os quais, por sua vez, têm na corporeidade seu "campo de prova". E a alma surge como instrumento de atuação dos poderes/saberes

sobre o corpo, no processo de constituição do corpo histórico dos sujeitos (SILVEIRA; FURLAN, 2003. p. 171)

Se o corpo é então a expressão dos poderes e saberes articulados, e a alma um instrumento de atuação desses poderes e saberes sobre o corpo, cabe perguntarmo-nos: quem é que faz parte da valsa do jogo de poderes? De onde falam esses saberes? Entende-se por poder, relações pautadas nas ações e relações histórico e socialmente construídas e modificadas a cada era, não ficando assim concentrado num indivíduo ou um órgão específico, como rei ou governo, por exemplo. O poder é parte do que Foucault, (1979) chama de microfísica: está em todos os lugares e não possui forma específica, ou um detentor; espalha-se nos saberes e discursos que servem para legitimar as “soberanias” e também as relações de obediência. A relação de poder acontece entre indivíduos se houver possibilidade de resistência. Caso contrário, não é jogo de poder, mas autoritarismo, violência.

Ao longo da história da humanidade o corpo vem se constituindo como pauta de discussão e agente de controle, sobretudo, das grandes massas. Foucault escreveu em 1975 a obra *Vigiar e Punir*, que faz um apanhado histórico sobre a questão do controle dos corpos, e como estes tornaram-se docilizados. Nessa obra, divide o tema em quatro partes, sendo: Primeira Parte: Suplício, na qual trata das torturas medievais; Segunda Parte: Punição, onde fala sobre a mudança de pensamento sobre as formas de punição e adoção de um sistema mais eficaz; Terceira Parte: Disciplina, que subdivide-se em três capítulos: Os corpos dóceis, Os recursos para o bom adestramento, e O panoptismo, que discorrem sobre a disciplina como tecnologia de punição que incide sobre o corpo e alma do sujeito, e a vigilância, ou a ideia de ser vigiado, como meio de controle; e por fim, a Quarta Parte: Prisão, que aborda a prisão como um aparelho docilizador e utilitarizador dos indivíduos, através de um trabalho minucioso e preciso sobre seus corpos.

Essa obra serviu - e ainda serve - como base para vários estudos, textos e produções científicas recentes que abordam o tema da relação dos corpos dóceis e da medicalização. Esta vem sendo amplamente discutida em sua relação com a escola por pesquisadores como Christofari (2014), Vieira (2013), Moysés e Collares (1994; 2010), Caponi (2019), entre tantos outros. Ainda não há até o presente momento pesquisas significativas sobre medicalização e o ensino superior, apesar de ela também encontrar terreno fértil por aqui.

O que acontece no ensino superior é que se tem um padrão esperado de estudante: aquele que tira boas notas, entrega os trabalhos na data, não demanda muita atenção; aquele aluno modelo que cumpre com seus objetivos sem grandes obstáculos. Então o que se encontra na academia nem sempre é esse tipo de estudante, mas estudantes que são mães, pais, que precisam trabalhar em um, dois empregos para se sustentar, que não conseguem se adaptar à vida em outra cidade, que estão em sofrimento psíquico e tantas outras alternativas. O que se encontra na academia são pessoas reais, que vivem das mais variadas formas. E nem sempre é possível cumprir prazos, metas, expectativas. E a universidade nem sempre é maleável, nem sempre está pronta para acolher e procurar soluções junto. Vivemos uma lógica de exclusão daquele que não consegue, independente do motivo, e a culpa do insucesso é creditada ao indivíduo. Bianca nos contou que:

Muitas vezes, o que a gente percebe, Ellen, é que a universidade, ela acaba - vou usar um termo forte - mas assim ela acaba excluindo todos aqueles que não seguem um padrão esperado para os estudantes em nível superior. Então, aqueles que têm alguma característica que não atende às expectativas dos professores nessas disciplinas, as quais eles se matriculam, eles acabam de alguma forma, sendo excluídos do processo de ensino aprendizagem.

Bianca e Fernanda recebem muitos casos na CAE de estudantes que buscam o auxílio por não conseguir chegar a um acordo com o professor por conta própria. Sua fala reflete aquilo que eu senti, em alguns momentos, durante meu processo de graduação: o desamparo perante as minhas dificuldades, o medo de não dar conta. A minha história, ao mesmo tempo que é minha atravessa outras histórias, é a história de outras pessoas. Fernanda também discorre sobre medicalização trazendo a perspectiva da invisibilização da saúde mental:

Até porque se a gente pensar assim como supor uma doença, vou colocar um câncer, se o aluno vai lá, e apresentar um atestado e precisa, sei lá, uma vez por semana, fica fora da universidade porque ele faz o tratamento quimioterápico dele. Ninguém vai questionar, não vão encaminhar o estudante para a coordenadoria, por exemplo, para outro serviço, para legitimar o curso. Mesmo se você ver, quando a gente pensa em saúde mental, parece que sempre paira aquela desconfiança, não só na educação... Se tu for olhar é na previdência, entendeu? A saúde mental, ela ainda olhada com muita desconfiança e descrédito até, entendeu? E ainda a responsabilidade recai muito sobre a pessoa que tem esse diagnóstico que tem esse transtorno do que a gente fazer esse olhar para fora. Ao contrário da deficiência, a pessoa é cega, a gente consegue fazer aquele olhar para a fora e sei lá.. Se precisa, sei lá, de uma bengala, precisa de um caminho, precisa de alguém para transcrever, alguém para fazer esse deslocamento. Quando é saúde mental, para a pessoa, tem que se tratar, ir num psicólogo. Parece que fica a carga dela, entendeu? Ela tem que se cuidar. A gente não modifica o meio para que ela consiga ter uma melhor adaptação, por exemplo, na universidade, ao contrário de uma pessoa com deficiência. Mas a gente colocar como doença isso que eu te falei, diagnóstico relacionados à saúde, que não saúde mental, vamos colocar assim, não gosto de fazer essa fragmentação. Mas enfim, eles não são questionados muitas vezes, ah o estudante está com câncer, precisa entrar. O curso mesmo compreende, se organiza. Mas quando é saúde mental, parece que tem que ter para além daquele

laudo médico para além da fala da pessoa, parece que tem que ter mais alguém que justifique o caso. Aqui é a CAE para se pensar em alguma adaptação.

A fala de Fernanda elucida a resistência que a universidade tem em acompanhar e acolher as demandas das pessoas que têm alguma necessidade em saúde mental. Mesmo um espaço que se diz aberto às discussões, onde pulsa a produção científica e a pluralidade de ideias, está engatinhando a respeito do tema. Violeta também fala de medicalização e faz algumas conexões com o que aprendeu na academia:

É um assunto delicado, principalmente agora que a gente está vivendo na era da medicalização. Eu tenho um irmão por parte de pai que ele tem oito anos e ta tomando ritalina. (Ellen: meu sobrinho de nove está tomando um risperidona). Então, com as crianças as coisas mudaram. Não sei se seria uma criança medicada. Eu era carismática. A gente ainda tem uma educação muito baseada em resultados, como dizia Paulo Freire, tirou extrato bancário, então a gente ainda tem essa pedagogia dos resultados. E às vezes, o resultado da pessoa que tem transtorno não é tão bom, tipo, tu te mata pra conseguir um 6, para fazer o mínimo. E eu acho que a educação ainda não está preparada para lidar com as pessoas que têm transtorno. Não tá.

Violeta nos traz uma universidade meritocrática pautada mais nos resultados, que na própria jornada do estudante. Não se objetiva culpabilizar os professores pelos insucessos dos estudantes ou mesmo pelo *modus operandi* da universidade. A crítica é voltada a toda uma estrutura que se tem dessa universidade que não está acompanhando as mudanças de paradigmas da sociedade, na velocidade necessária. As mudanças acontecem, mas a passos lentos... e isso acaba excluindo os indivíduos que “não dançam conforme a música”. Todavia, gostaria de dizer que ao mesmo tempo que existe uma estrutura opressora, existe também resistência! É um exemplo disso o projeto “Acolhe CED”, que realiza encontros virtuais periódicos para discutir assuntos pertinentes à saúde mental, educação, pandemia, etc. Seu objetivo é oferecer atenção psicossocial aos estudantes. Estão à frente deste projeto os professores Maria Fernanda Diogo, Marta Corrêa de Moraes e Rogério Machado Rosa. Existe gente trabalhando na quebra dos ciclos, existe gente que se importa. Que essas pessoas se multipliquem.

Amábile e Violeta também mostraram suas resistências ao se disponibilizarem a construir conosco esta pesquisa. As duas apresentam sofrimento psíquico persistente mais

comorbidade¹⁹. Amábile luta contra a compulsão alimentar e Violeta já lutou contra bulimia. As duas já passaram por tratamentos mal sucedidos e já testaram drogas que surtiram efeitos negativos. Mas elas resistem e não desistem de procurar tratamento. Elas seguem com suas vidas e vencem batalhas diárias, aliando-se com a arte. Eu pedi que me respondessem sobre o que representa estar na universidade apesar de tudo.

Amábile: É uma loucura, porque eu moro basicamente a três horas daqui com trânsito, acordo às cinco da manhã, e eu acho que a universidade não chega a me estressar tanto quanto vir para cá. [...] Basicamente a gente, quando a gente entra aqui, a gente percebe que todo mundo tem algum transtorno. É... basicamente senta do meu lado e tem transtorno de ansiedade ou qualquer outra coisa e... Interessa saber como consegue juntar tanta gente com transtorno numa sala só. E... a gente aprende que não ta sozinho, que é difícil e que tem muita gente nessa mesma situação. E... isso traz um certo conforto, eu lembro de um dia do semestre passado que sentou eu e mais duas meninas, e a gente começou a falar de terapia. Anh... Todas as vezes que eu sentei no ponto de ônibus com o André, e falamos sobre transtorno de ansiedade... E serve para perceber também que é o mesmo diagnóstico, não são os mesmos sintomas, não são as mesmas reações. Então, ao mesmo tempo que eu senti um peso, assim, uma reação de ansiedade... Eu consegui aprender muito sobre. E... encontrei pessoas, tipo Cléo que, literalmente, pegaram na minha mão e me ajudaram. Quando eu só queria chorar na escada. Era o point toda sexta feira, final de dia, eu estava chorando na escada. (...) Foi quase um mês assim.

Violeta: Muita coisa. Eu sou a primeira da minha família a estar dentro de uma universidade pública e gratuita. Minha mãe é auxiliar serviços gerais, meu pai é motorista de ônibus. Eu sou segunda a fazer um curso de graduação. Eu tenho um primo que conseguiu bolsa na Univali, uma das melhores da América Latina também, se formou, mas a Univali é privada. UFSC, sou primeira. Um peso. Eu tô ressignificando isso porque eu descobri essa história da minha bisavó recentemente, então tem muita coisa para mexer, ainda tem muita coisa para mexer...

Percebo na fala das duas mulheres o sentimento de quem está encontrando seu caminho e uma certa representatividade. Ao longo da conversa com Violeta, perguntei se ela se orgulhava da pessoa que se tornou:

Eu sou uma sobrevivente, eu vim da Colônia Santana e isso não é pra qualquer um. Quando cheguei na Colônia Santana, me botaram no quartinho da contenção pra descansar. Logo onde? Chegou uma mulher toda a roxa. Eu perguntei: “O que você fez?” Ela falou: “Eu sou enfermeira, eu peguei uma injeção e drenei a metade do meu sangue para me matar”. Ela foi injetando de veia em veia para morrer lentamente... Só que tu ta tão naquilo, cara, tu fala sorrindo: “Eu sou um suicida”. As pessoas ficam: “Ohhhhh”, mas para você é normal, porque você lida com aquilo, é seu dia a dia, seu inferno. Você ta acostumado. Olhei para ela toda roxa, fui dormir. Só mais um dia, nada como um dia após o outro. Depois apareceu outra chorando, uma ruiva, lágrimas, se debulhando. Perguntei: “Porque você ta aqui?”. Ela disse: “Minha mãe internou porque tentei me enforcar”. E uma coisa muito engraçada da Colônia Santana é que ninguém está lá porque quer, está todo mundo preso. Quando eu cheguei olhar para minha cara e perguntaram: “Tu se internou?”, “Tu escolheu se internar?”. “Você é louca, todo mundo aqui

¹⁹ Comorbidade é a existência de mais de uma doença, transtorno ou sofrimento psíquico em uma pessoa ao mesmo tempo. Segundo Petribú (2001) “o termo comorbidade é formado pelo prefixo latino “cum”, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originará de “morbus”, que designa estado patológico ou doença. Assim, deve ser utilizado para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não sintomas”.

quer sair”. Mas o meu critério de internação foi o seguinte: eu cheguei na frente da minha médica e falei “Vou me matar”. Ela falou: “É, vais te matar, vou te internar”. Ou era a internação ou era o caixão. Foi um ato de desespero, me internei pela minha vida. E ninguém entendeu isso, nem mesmo as pessoas lá dentro, porque eles estão tão presos na loucura deles, que não param pra prestar atenção outras coisas. E a colônia Santana agora está mais humanizada. Ainda tem um casos de, tipo, pessoas que são dadas como incapazes de cuidar do próprio dinheiro, que não são capazes de administrar o próprio dinheiro, o filho vai lá e bota na Colônia Santana.

O relato de Violeta representa a força que ela teve ao tomar medidas extremas para cuidar de si. E mostra também a situação de sofrimento que algumas pessoas passam e a gente nem imagina que isso possa acontecer. Revela também a maneira como o idoso é tratado, tendo sua pessoa medicalizada. Seguindo essa linha da medicalização, perguntei à Amábile sobre o que ela achava do lugar que as pessoas em sofrimento psíquico ocupam na Educação, sobre que lugar seria este.

Eu tenho muito uma visão de educação do NDI, tipo, educação atual. O NDI abraça muito isso de transtornos realmente como autismo etc, estão sempre dispostos, eles estão sem ali para conversar com a gente, achar as melhores soluções. Então essa é a visão que eu tenho agora, é... dessa situação, sei que nas escolas públicas talvez não seja tão forte essa abertura, porque uma frase que pesou muito para mim, que até se tornou meio clichê, é no filme do Coringa, que é: “O problema das pessoas terem um transtorno mental é que as pessoas querem que a gente aja, como se a gente não tivesse”. E a gente têm. E limita bastante a vida. E às vezes as pessoas não entendem isso. Por exemplo, sabe casos e casos. Mas as crianças sabem que são bem subjugadas como uma criança ruim, às vezes eles precisam de um acompanhamento. É preciso que a situação seja entendida.

Ainda sobre as questões corporais, dos corpos medicalizados, ouvi certa vez que *somos* um corpo, e isso me fez pensar na cisão *corpo - mente - espírito* que vivemos nessa sociedade na qual *ter* é mais importante que *ser*. Talvez tenhamos nos esquecido de que, mais que o habitamos, somos o nosso corpo. Na escola, por exemplo, somos ensinados desde cedo que existe hora de brincar e hora de estudar; hora da educação física e hora das aulas teóricas, como se os processos de exercitar o corpo e a mente se separassem. E de fato se separam a partir do momento em que existe uma postura padrão para sentar na cadeira durante uma aula, que tenhamos que sentar sempre na cadeira, ou não assistimos aula.

Nosso processo de educação divide-nos entre razão e emoção, corpo e mente, gêneros dominantes na qual ainda há sobrepujação de um sobre o outro. Essa desintegração sugere nossa dificuldade de assimilação de que somos seres plurais, multidisciplinares, multifacetados; em

vez disso, nos impele a escolher entre ser uma *coisa* ou *outra*, ou *isto* ou *aquilo*²⁰. Tendo na escolha não necessariamente um ganho, mas um limite das possibilidades daquilo que poderíamos ser.

Os corpos acabam sendo na escola os meios, não os fins. Isso me traz à memória a história contada no livro “A Escola de Vidro”, de Ruth Rocha, na qual as crianças iam para a escola e entravam em vidros para assistir às aulas, independente de caber ou não neles; independente se estavam confortáveis ou se conseguiam ouvir as vozes dos professores. Até que um dia um menino transferido, Firuli, por ser um menino periférico, ficou sem vidro e extrapolou todas as barreiras que existiam na escola, podendo correr e transitar livremente pelos espaços, tendo um rendimento escolar diferenciado, com notas mais altas, demonstrando maior desenvoltura ao responder questões, provocando os colegas que habitavam o vidro. As crianças ao verem-no, questionavam e não mais queriam entrar nos vidros, culminando num motim e na quebra dos vidros.

O diretor, percebendo que seria mais caro comprar de volta os vidros, resolve dizer que agora aquela seria uma escola experimental, e que se não desse certo, experimentariam outras coisas... Assim me parecem os corpos na educação: um lugar de controle dentro da escola, e se há transgressão, é reprimida com castigos ou calada com remédios. A transgressão às vezes cria outras formas de estar, de se relacionar... e há tentativas de impedi-la. Enxerga-se a transgressão como ato de deboche à ordem, não como outras formas de ser e estar, como força criadora, motriz.

Rocha centra sua narrativa nos corpos e descreve como os vários fenótipos ficam dentro dos vidros, nos fazendo agonizar com as cenas. Ela nos mostra também que esse poder é político quando narra o discurso do diretor com a professora da sexta série, na qual ele opta em abolir os vidros não por causa do desenvolvimento das crianças, mas por que seria mais barato e menos trabalhoso, e ainda incide o discurso da escola experimental sem ao menos saber o que isso significa, adequando a terminologia ao seu interesse.

A escola aparece em Rocha (1983) como espaço de possibilidade para transgressão e liberação dos corpos, e marca a esperança da transição do corpo útil para o sujeito. Essa escola, arrisco dizer, pode representar o ensino superior, e é também aquela que descreve Lima (2010) como um local de “lugares, não-lugares e entre-lugares”, onde vivenciamos experiências boas e ruins, de protagonismo e sombras, mas que nos perpassam e atravessam, formando nossa

²⁰ Poema de Cecília Meireles. Meireles, Cecília, 1901-1964. Ou isto ou aquilo/Cecília Meireles; ilustração Beatriz Berman. — Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1990.

subjetividade, construindo nossas experiências. Pois como afirma a canção de Julio Secchin:
"Pra que ser tão normal? Se não faz mal eu ser assim? Pra que ser tão igual? Ser tão igual não é pra mim [...]."

6. A ARTE COMO FORMA DE RESISTÊNCIA

A arte é o pulsar da vida. (Violeta, 2019)

Ao longo deste trabalho pudemos verificar que a arte e as questões de ordem mental são tão próximas, que andam juntas. É através da arte que o “louco” encontra formas de expressão; é através da arte que o sôfrego encontra redenção. Isso se pode acompanhar em todas as formas de arte: pintura, escultura, literatura, música, cinema, dança, etc.

Figura 2. Noite Estrelada



Fonte: MoMa - The Museum of Modern Art. Disponível em: <<https://www.moma.org/collection/works/79802>>. Acesso em Abril de 2021.

Podemos encontrar na história da arte muitas obras criadas a partir do sofrimento do artista como o aclamado quadro Noite Estrelada (Figura 2), de Vincent Van Gogh²¹, as esculturas e pinturas de Aranhas de Louise de Bourgeois²² e as fotografias de Francesca Woodman²³. Encontramos no cinema obras que expressam o tema da saúde mental das maneiras mais líricas como Cisne Negro (2010), de Darren Aronofsky; Bicho de Sete Cabeças (2000), de Láis Bodanzky; e Coringa (2019), de Todd Phillips. Na literatura existem representações como Ismália, poema de Alphonsus Guimarães. E a música é um vasto território, falando dos mais diversos temas. *Paranoid*, do Black Sabbath; Balada do Louco, de Ney Matogrosso; *Lithium*, do Nirvana; *White Rabbit*, da Jefferson Airplane; Essa noite não, do Lobão, e a emblemática *Hotel Califórnia*, do Eagles (que tem uma versão da história dessa

²¹ Pintor holandês (1853-1890) consagrado depois de sua morte. Passou a vida atormentado pelo sofrimento psíquico e morreu vítima de uma tentativa de suicídio, na qual o tiro mal dado o fez agonizar durante vinte dias. Noite Estrelada retrata a vista da janela de seu quarto, quando esteve no hospital psiquiátrico.

²² Artista plástica francesa (1911-2010), morou a maior parte da sua vida em Nova York. Ficou famosa por trabalhar sexualidade, inconsciente e memória em suas obras.

²³ Fotógrafa estadunidense (1958-1981) apesar do pouco tempo de vida, deixou um vasto trabalho. Sua obra é, em sua grande maioria, em preto e branco e retrata a si mesma e pessoas próximas. Faleceu em decorrência da depressão que a levou ao suicídio.

música que diz ser ela sobre um hospital psiquiátrico), são exemplos de assuntos de saúde mental na música.

No contexto dos tratamentos mentais e das instituições asilares, segundo Machado (2016), a arte foi introduzida como forma de atividade terapêutica a partir do século XIX, e servia como uma forma de ocupação, mas com um sentido de caráter moral: o tempo, os corpos e as mentes dos internos precisavam ser ocupados, a vida normatizada, e então poderia vir a cura. Essa forma de ocupação do tempo era baseada na forma de vida capitalista, na qual todas as pessoas tinham que ser produtivas. No Brasil esse método da cura pela arte chegou na virada do século XIX para o século XX, e seus principais representantes são Osório César e Nise da Silveira.

Osório César era médico psiquiatra a serviço do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, onde atuou em meados de 1920. Era também músico e crítico de arte, muito influenciado pelo Movimento Modernista, foi pioneiro em perceber que as produções dos pacientes eram mais que desenhos, mas que continham elementos psicológicos envolvidos, até mesmo sendo algumas obras semelhantes às modernistas. Construiu uma escola de artes no hospital e escreveu o livro "A expressão artística dos Alienados". Via na arte dos pacientes não apenas um caráter terapêutico, mas também possibilidades para uma vida além do hospital (MACHADO, 2016).

Nos anos 40, no Rio de Janeiro, a psiquiatra alagoana Nise da Silveira começava seu trabalho único no setor de Terapia Ocupacional do Engenho de Dentro. Nise enfrentava muito preconceito dentro da medicina pela questão de gênero, e também era contra os métodos tradicionais de tratamento, que envolviam eletrochoques, lobotomias, contenções físicas e químicas, etc. Ela entendia o processo da terapia ocupacional em seu amplo sentido e oferecia pintura, escultura e música aos internos. Começou a perceber que através da arte eram manifestadas suas relações inconscientes, então passou a conferir especial importância às produções dos pacientes para poder acessar esses conteúdos (CASTRO; LIMA, 2007).

Nise tinha profundo interesse pelos assuntos de inconsciente, e estudava suas teorias a fundo. Correspondia-se, inclusive, com Carl Gustav Jung para falar de seu trabalho. Pode-se dizer que ela foi uma precursora do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. Sua abordagem era humanizada e tinha uma perspectiva multidisciplinar, tendo o sujeito como foco. Em 1947 organizou a primeira exposição com o trabalho dos internos, no Rio de Janeiro, impressionando

renomados críticos de arte com a qualidade dos trabalhos, que acabou por dar origem ao Museu de Imagens do Inconsciente, em 1952 (CASTRO; LIMA, 2007).

Os críticos de arte interessaram-se pela produção plástica dos internos muito mais que os psiquiatras, que viam nas obras apenas traços de instabilidade mental. Os trabalhos se destacaram pela qualidade artística e até influenciaram a arte contemporânea: "O processo transformador ocorreu como uma via de mão dupla na qual a loucura se beneficiou da arte como possibilidade de expressão e a arte viu na loucura a possibilidade de acesso às dimensões mais profundas da subjetividade humana" (MACHADO, 2016. p. 9).

Em 1956 foi inaugurada a Casa das Palmeiras por Nise, artistas e profissionais da saúde mental. Uma clínica de tratamento aberta, sem fins lucrativos, que primava pelo afeto e a atividade artística como forma de reorganização psíquica e social (CASTRO; LIMA, 2007). Em 2015 a história de Nise com os internos virou filme, dirigido por Roberto Berliner, estrelado por Glória Pires.

Junto à Nise da Silveira trabalhou a aclamada cantora, compositora, poeta, enfermeira e assistente social Dona Ivone Lara, também militante e precursora de uma saúde mental mais humanizada. Dona Ivone tratava seus pacientes com afeto, ciência, música e dança. Cantava e tocava cavaquinho desde criança, e usou essas habilidades em prol da melhora dessas pessoas em condição de internamento. Nas instituições em que trabalhou também procurava as famílias dos internos para lhes apresentar suas humanidades, e apresentar possibilidades além das que os médicos diziam, principalmente àqueles que eram abandonados, para tentar retomar ou estreitar laços. Recolhia as histórias de vida pelos pavilhões e tentava transformá-las, nem que tivesse de percorrer quilômetros para isso. Dedicou boa parte de sua vida à saúde mental, aposentando-se em 1977, para dedicar-se ao samba (RAPHAEL, 2018).

Outra figura emblemática na história da saúde mental e importantíssimo à reforma psiquiátrica é Arthur Bispo do Rosário, um interno da Colônia Juliano Moreira que produziu uma vasta obra com pinturas, esculturas, bordados e colagens (SOARES, 2000). Bispo passou praticamente toda a vida internado, sendo seu primeiro registro em 1938, e achou na arte uma forma de vida e beleza. Encontrou nela também uma forma de resistência: dizia que os tratamentos da época (eletrochoques, lobotomia etc.) interfeririam em sua produção. Após uma briga na qual agredira um outro interno, Bispo haveria recebido uma mensagem divina na qual estaria incumbido de recriar o mundo e o apresentar no dia do juízo final, (MACHADO, 2016). Assim, cunhou sua obra cheia de detalhes e sem preocupações acadêmicas. Foi reconhecido

como um artista completo por diversos críticos de arte até internacionalmente. Expôs dentro e fora do Brasil.

É muito interessante perceber através do Bispo do Rosário, e tantos outros artistas internos, que o movimento a favor da arte e da vida não aconteceu de forma unilateral. Essas pessoas, mesmo tendo condições para sucumbir, encontraram compreensão, humanidade e reencontraram a sua. Essa força motriz criou vida e seus trabalhos, juntamente com os de Nise, Osório e Dona Ivone, criaram esperança. Hoje se tem um movimento desinstitucionalizante que tem os CAPS como principais órgãos promotores de saúde mental, e é neles que ocorrem os trabalhos com a arte:

No contexto do CAPS, a arte se configura como um recurso de grande importância para a humanização do cuidado e está voltada para a produção de subjetividade, descoberta e ampliação das potencialidades, acesso a bens culturais e fortalecimento da cidadania dos usuários do serviço. As oficinas expressivas e culturais são as principais estratégias de inserção de arte enquanto recurso terapêutico e buscam promover a transversalidade entre a prática artística e a prática clínica, mobilizando a potência criativa do humano. (MACHADO, 2016, p. 13)

Acredito que a experiência com as mais diversas formas de arte nos perpassa, atravessa e possibilita nosso processo de construção de subjetividade desde muito pequenos. Amábile e Violeta têm experiências fortes para dividir sobre isso. Essa seção é aberta por Violeta dizendo que “a arte é o pulsar da vida”, ela se reconhece como poetisa e tem essa questão muito latente em si. Para Amábile a presença mais forte da arte se dá através dos livros, da música e do cinema. Ambas precisam da arte para viver uma vida mais plena. Ao ser questionada sobre a importância da arte em sua vida, Amábile tem uma certa dificuldade em definir o que a arte representa para si, e dá respostas cujo tema central é a ansiedade. Mostra também uma forma de transgressão dessa ansiedade e significação desse contato:

A parte da literatura sempre procurei por mim mesma, digamos assim, sempre foi algo meu. Mas fora isso, eu acho que não muito. Eu acho que eles não se importavam o suficiente para fazer isso, sabe? Eles eram muito presos no currículo. Não tinha nada de novo, nada de extra, sabe? Era muito sala de aula mesmo, (Ellen: muito quadro - carteira, quadro – cadeira). Uhum... sim.

Ellen: Mabi, e o que a arte representa para você? Você acha que você tem alguma melhora quando está em contato, que poderia ter tido? Poderia ter sido diferente se você tivesse tido contato. Se isso te ajuda, ou poderia ter ajudado, ou se ajudaria de alguma forma?

Amábile: Eu acho que a questão da música, é... eu sou uma pessoa sem ritmo nenhum, mas que eu gosto muito de música e às vezes, a única coisa que traz alguma calma, às vezes para controlar a compulsão alimentar. Depois almoço eu quero simplesmente comprar todo o sorvete do CFH, sentar num cantinho e chorar. E... ajuda muito porque eu coloco o fone e eu consigo separar os instrumentos musicais da música, tipo, cada um. E ajuda bastante a música, e como eu disse o teclado é única coisa que faz eu prender a atenção por uma hora, assim, sem eu ver essa hora

passar, sem eu pensar em sair dali. Eu ando com um pouco de impaciência nos livros, mas, às vezes, só porque eu não achei a coisa certa para ser lida... mas ajuda bastante sim.

Sousa (2014) apresenta em seu artigo a arte como uma forma de transgressão; uma transgressão que salva, não necessariamente uma perversão. Começa sua exposição a partir de uma frase de Adorno (1980) em que diz que “Toda obra de arte é um crime não realizado”, a partir de então pergunta o que seria esse “não realizado”. Responde:

O não realizado indica, com todas as letras, que se a arte é um curativo do vazio (Passeron, 2001) não podemos confundir o curativo com a ferida. (...) Significa dizer que o vazio não se cura, mas podemos, quem sabe, encontrar algumas mediações no campo da linguagem e do simbólico que façam um mínimo contorno ao redor dele. (SOUSA, 2014. p. 788).

Assim me parece a arte nas falas de Amábile: uma mediação que contorna uma ferida aberta. Colocar um curativo é também transgredir, pois é muito difícil sair de uma situação de dor, enxergar possibilidades nela além do que está posto. A palavra “transgressão” vem até nós muitas vezes com uma conotação negativa, de alguma coisa que saiu da norma, mas não precisa ter esse cunho perverso. A transgressão tira Amábile da dor, traz a ela vida; a vida do e no mundo, e a vida dela. Apesar de ter um pouco de dificuldade em responder à pergunta sobre o que arte representa, ficou animada e até um tanto eufórica ao falar dos filmes e da música com paixão. Mesmo não tendo expressado essa paixão em palavras, ficou evidente na fala a seguir, que a arte ocupa um lugar especial em sua vida:

Ellen: O que representa para você?

Amábile: Eu acho se eu não tivesse a música teria... seria tudo mais impossível. Tanto que está sendo um drama, porque o meu fone estragou, e eu to fazendo um drama porque meu fone estragou. Daí eu tenho para casa sem a música. E... para questões assim de ansiedade é fundamental, sabe? E... tinha visto, tava vendo muito filme no ônibus, para mim não ficar doída. E, assim, os livros que eu nunca parei, pensei, vou assistir a esses filmes. Os livros? Os filmes! Tipo “Com Amor Van Gogh”, que provavelmente - é lindo, né? - Eu nunca teria parado, e eu vi ele inteiro. Aí eu comecei a ver muito filme e me ajudou bastante com a ansiedade. Agora eu parei; agora eu to catando outra coisa para fazer na ansiedade, mas é... realmente ajuda bastante.

Ellen: Pelo o que eu estou percebendo então, por mais que não seja uma coisa assim macro na sua vida, mas está sempre presente, quer seja de um jeito ou de outro, com uma configuração ou com outra. E para você é um ambiente, assim, seguro.

Amábile: é o que me afasta todo o mal estar. Eu sinto.

Quantos de nós não buscamos curativos ao longo de nossas jornadas? Amábile encontrou os seus e ainda bem que ela pôde transgredir assim. Quando em contato com a arte ela sente afastar o mal estar, sente que pode sonhar. Ela sabe também da importância de se ter um tratamento psiquiátrico e psicológico em sua jornada, pois segundo Sousa (2014) “A arte renova sempre esse curativo, esconde e trata a ferida, mas a ferida nunca cicatriza totalmente. Como poderíamos cicatrizar o vazio? Talvez a perversão seja uma tentativa extrema (e fracassada) também de acreditar que cicatrizar o vazio fosse possível”.

Passemos então à Violeta, ela não fala de si diretamente no início, fala como se fosse o transtorno afetivo borderline sua voz. Ao indagar como seria para ela, Violeta, sua relação com a arte, seguiu falando de si na terceira pessoa do singular, mas em seguida, voltou para a primeira. Às vezes me passava a impressão que ela e o transtorno eram entidades diferentes que conviviam no mesmo corpo, às vezes me passavam a impressão de que eram uma unidade. Ao perguntar como arte afetou sua formação, como pessoa e o que achava dela, essa foi a resposta em sequência:

Violeta: O Borderline é muito artístico, ele é muito artístico, porque ele tem muita dor, muita angústia, então ele põe para fora.

Ellen: E... a Violeta?

Violeta: Também. A Violeta encontrou seu refúgio na escrita e isso faz parte do que ela É, como eu falei no início da entrevista, eu me identifico como poetisa, é como as pessoas me conhecem no meu centro. Eu sou famosa pelas minhas poesias. E a arte ela... já ouviu falar da Eli Heil? Não se sabe o que ela tinha, mas a professora Alessandra, de Artes, levou a gente numa exposição dela. Eu olhei o quadro dela e falei: “Professora, isso aqui é dor pura”, e ela falou: “Não, porque isso é arte, porque isso é aquilo”. Aquela coisa de artista chato...
(...)

Ellen: Vai saber... Como você resumiria arte em uma ou duas palavras?

Violeta: A arte é o pulsar da vida.

Eu tenho um colega no Centro Universitário São José, que disse que a arte, o artista, ele é um canalizador de coisas que precisam ser ditas e não dizem de forma alguma... então arte é o pulsar da vida. Sem arte não tem vida. Poderia passar longas horas falando da importância da arte. Porque quando você vai se divertir, você vai ao cinema ver o filme, você escuta uma música, você vai numa exposição, arte é entretenimento. (Ellen: expressão, a denúncia...) Muita denúncia.

Ellen: Como te ajudou em momentos difíceis na vida?

Violeta: Quando ninguém te escuta, a poesia te escuta. Engraçado que eu comecei a escrever poesia quando eu entrei na UFSC, e as pessoas gostaram. As pessoas dizem que a minha poesia é muito intensa, eu sou o fogo vivo. Eu tenho consciência disso, eu queimo...

Violeta me faz lembrar um pouco de um ponto da filosofia nietzscheana, que fala sobre transformar o sofrimento em pulsão de vida. O sofrimento é inerente à condição humana, mas não precisa ser a causa de nossas existências, o sofrimento é posto como uma força motriz para nos tornar versões melhores de nós, para que possamos nos tornar aquilo que nós somos.

Para Nietzsche não se trata de amar o sofrimento, mas a vida, que não existe sem o sofrimento. Amar e afirmar a vida não é lamentar-se, mas compreender que é uma força em meio a tantas outras, ativas e reativas. Viver cada instante, com toda a intensidade é a vontade de potência no seu mais alto grau. (NASCIMENTO; AMORIM, 2017. p. 115)

Violeta transforma sua dor e seus sofrimentos em arte. Escreve poesias, fanfics até belos textos acadêmicos. Pega sua pulsão de morte e converte em pulsão de vida através de movimentos artísticos, assim como a Eli Heil e tantos outros que ela admira.

Tanto Amábile quanto Violeta têm experiências significativas com a arte, e esta tem papel fundamental em suas vidas e na manutenção de sua saúde mental. Essa experiência com as mulheres reforça para mim a ideia apresentada no início desta sessão, de que a arte se configura como um meio de humanização, produção de subjetividade e aumento das potencialidades do ser (MACHADO, 2016). Na arte encontramos alento, identificação, expressão, apacramento das dores, e tantas outras coisas. Como diz Violeta: “A arte é o pulsar da vida”, e a vida é muito mais completa com o pulsar da arte. Gostaria de encerrar com um trecho da canção “Metade”, de Oswaldo Montenegro, que diz muito sobre essa seção, sobre Amábile, Violeta; sobre mim:

Que a arte nos aponte uma resposta
Mesmo que ela não saiba
E que ninguém a tente complicar
Porque é preciso simplicidade pra fazê-la florescer
Porque metade de mim é plateia
A outra metade é canção
E que a minha loucura seja perdoada
Porque metade de mim é amor
E a outra metade também
(MONTENEGRO, 1988)

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa procurou compreender a trajetória de escolarização de estudantes universitárias com sofrimento psíquico e o lugar que os estudantes em sofrimento psíquico ocupam no Ensino Superior. Para tal, foram analisadas entrevistas de pessoas que trabalham com esses estudantes, e também de estudantes com sofrimento psíquico que estão atravessando o Ensino Superior. Falam para nós Bianca e Fernanda, da CAE/UFSC; e Amábile e Violeta, estudantes do Curso de Pedagogia da UFSC. Para traçar tal análise partimos de três objetivos específicos que buscavam compreender e conhecer as marcas de resistência e sujeição desses estudantes no Ensino Superior; a questão da medicalização e o sofrimento psíquico no Ensino Superior; e a importância da arte como experiência legitimadora de singularidades nas trajetórias dos estudantes com sofrimento psíquico.

Para alcançar os objetivos propostos a pesquisa foi organizada em: Seção I, que abordou o sofrimento psíquico da Grécia Antiga ao século XXI, bem como sua história no Brasil; Seção II, que mostrou as narrativas das nossas mulheres; Seção III, que trouxe o tema da medicalização e as narrativas; Seção IV, que discorreu sobre a arte como forma de resistência.

As análises das entrevistas foram divididas em quatro seções: I. O louco historicamente construído e o sofrimento psíquico; II. Vivências epistemológicas das mulheres da pesquisa; III. Os corpos medicalizados; e IV. A arte como forma de resistência. O que se pode concluir, principalmente, de cada uma foi que: I. o sofrimento psíquico é também uma construção histórica que carrega os estigmas da loucura. E apesar de todo avanço da medicina e de nossa formação como sociedade, as pessoas que sofrem psiquicamente ainda são hostilizadas e carregam estigmas milenares a respeito do sofrimento mental. II. Apesar de todo o trabalho já feito, ainda há um longo caminho pela frente em ações afirmativas, e cuidado em saúde mental. III. A medicalização age como um dispositivo que ataca o sujeito, desresponsabilizando o histórico e social. Isso afeta os estudantes de várias maneiras, principalmente fazendo com que sejam culpabilizados por fracassos que não são seus. IV. A arte é uma ferramenta potente de construção de humanidade e subjetividade.

Na seção I é feito um apanhado histórico sobre o que é sofrimento psíquico, conhecido como loucura durante muitos séculos. Vemos como problemas históricos e sociais acabam sendo tratados como loucura, e como essas pessoas estigmatizadas são tratadas. Percebemos as mudanças de paradigmas da loucura com o passar dos séculos, até que ela vira uma disciplina médica, e nasce o que conhecemos como psiquiatria. Temos também mais uma subseção que trata sobre a história da loucura do Brasil, do período imperial aos CAPS.

Na seção II falamos das mulheres protagonistas dessa pesquisa. Introduzimos o assunto falando de como é *ser e estar* na universidade e alguns gatilhos que podem acarretar em adoecimento mental. Então discorre-se sobre o trabalho da CAE com essa nova demanda que está chegando para eles, e sabemos também das vivências de Amábile e Violeta.

Na terceira seção é tratado sobre a medicalização, que transforma problemas sociais, históricos e políticos em problemas individuais, não necessariamente com o uso de medicamentos, mas podendo esse recurso ser utilizado. As narrativas nos contam sobre como é trabalhar com um público medicalizado e uma lógica medicalizante, e como é estar nesse meio. A medicalização é uma constante em nossas vidas, tão normalizada que muitas vezes passa despercebida, tornando-se um dispositivo de controle. Aprendi com as mulheres o quanto é complicado trabalhar com quem está dentro dessa lógica, como também é estar dentro dela.

A seção IV fala sobre a arte como forma de resistência, como ela aparece na cultura pop, e como foi e ainda é utilizada como ferramenta de sujeição, de sentido à vida e à humanização dos sujeitos. Vemos nomes como Osório César, Nise da Silveira e Dona Ivone Lara. As narrativas trazem afetos sobre a relação com a arte. Foi respondido para mim o quanto a arte é importante na vida das pessoas, como é ferramenta para ser e estar no mundo.

O que se pode aferir desta pesquisa é que o sofrimento psíquico ocupa um lugar marginalizado na sociedade, sendo tratado desde os tempos mais remotos como um peso para ela. Quem não estava dentro da norma era encerrado numa instituição e assim segue sendo. Hoje há algumas políticas públicas no Brasil para tratar de sofrimento psíquico, como os CAPS, mas ainda não é suficiente e o acesso à saúde mental precisa ser ampliado. A medicalização é um inimigo que precisa ser estudado e combatido. Percebeu-se também a arte como uma forma de humanizar e criar subjetividades nos sujeitos. Nas trajetórias das mulheres pudemos perceber que o assunto da saúde mental na Educação carece de mais atenção, pesquisa e discussão.

Realizar esta pesquisa foi um processo de dor e paixão. De paixão, pois o tema me move, é meu lugar de fala; de dor, pois tive que confrontar meus próprios demônios do início ao fim desta jornada, e tive que aprender e ensinar esses demônios a sair de cena para que eu

pudesse encarar os demônios dos outros. Chorei muito durante esse processo e pensei em desistir algumas vezes. Mas aprendi muito! Aprendi que eu posso, que eu consigo domar os meus demônios, que no meu peito cabem muitas histórias e que posso acolhê-las, aprendi a contar essas histórias, e a olhá-las um pouco mais despida das minhas.

Comecei essa trajetória com inúmeras perguntas, e fui recortando conforme o tempo passava. Fazer pesquisa é também aprender a reconhecer os nossos limites e os limites do trabalho. Eu não consegui responder sobre o sofrimento psíquico na infância: se existe, como se dá, a partir que idade... e por conta da Pandemia não consegui entrevistar mais estudantes. Vou carregar essas dúvidas e vou respondendo conforme surgir a oportunidade. Quem sabe numa próxima pesquisa? Estou contente com o resultado desta.

Sobre o sofrimento psíquico e as mulheres da CAE, meu desejo é que consigam se adequar às novas demandas e continuar com o bom trabalho. Cada vez mais o trabalho delas ganha importância na promoção e cuidado da saúde mental dos estudantes universitários. Sobre as mulheres estudantes, senti necessidade de saber como estavam durante a Pandemia. Enviei quatro perguntas simples via *WhatsApp*, perguntei como estavam, se estavam fazendo acompanhamento de saúde mental, como estavam os estudos, e planos para depois da Pandemia. As duas estão bem, apesar do sentimento de solidão que bate às vezes. Apenas Amábile está se cuidando no psiquiatra. Violeta descobriu novas paixões e abandonou o curso de Pedagogia. Amábile segue com seus estudos na Pedagogia. Ambas esperam poder aglomerar com segurança em breve. Violeta quer ir à praia, Amábile quer abraçar as amigas.

O que eu almejo é deixar minhas singelas palavras para vocês. Espero que a saúde mental se livre dos estigmas seculares, e que possa alcançar mais pessoas. Espero que o Bolsonaro não revogue as portarias de saúde mental. Espero que as pessoas em sofrimento consigam ter acesso para buscar ajuda profissional e também seus alentos. Que a Universidade passe a olhar para as pessoas em sofrimento psíquico e acolhê-las também, que esse não-lugar que elas ocupam vire lugar. Que a medicalização possa ser discutida e combatida em todas as esferas. Que a arte possa alcançar mais pessoas e tocar seus corações. Que a gente possa seguir juntos em frente, pois, parafraseando Belchior: "Temos pressa de viver".

8. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Victor Porfírio dos Santos. **A Medicina nos campos de concentração de Auschwitz..** 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/20861/1/Victor%20Porf%C3%ADrio%20dos%20Santos%20Almeida.pdf>> Acesso em janeiro de 2021

AMARANTE, Paulo; MOYSÉS, Maria Aparecida. **Live Despatologiza com Paulo Amarante.** 2020. 1h23m. Disponível em: <<https://youtu.be/FHN8Q970r2g>>. Acesso em 17 de out. de 2020.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** 1 edição. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BELCHIOR, Antônio Carlos, 1977. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=dGzXuHr9uf0>>. Acesso em abril de 2021.

BRASIL, **Lei n. 13.146 de 6 de julho de 2015.** Diário da União, Brasília, 6 de julho de 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm> Acesso em fevereiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996.** Brasília, 1996. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html>. Acesso em fevereiro de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em fevereiro de 2021.

BRASIL. **Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016.** Brasília, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em fevereiro de 2021.

CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

_____. **Uma sala tranquila: Neurolépticos para uma biopolítica da indiferença.** São Paulo: Liber Ars, 2019.

CARROL, Lewis. **Aventuras de Alice no País das Maravilhas; Através do Espelho e o que Alice encontrou por lá.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2009.

CASTRO, Eliane Dias de; LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo. **Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira.** Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.22 [citado 2021-03-01], pp.365-376. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em fevereiro de 2021.

CECCARELLI, Paulo. **O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental**. Maringá, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300015>>. Acesso em abril de 2021.

CHRISTOFARI, Ana Carolina. **Modos de ser e aprender na Escola: Medicalização (in)visível?** Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Programa de Pós - Graduação em Educação. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94739/000916417.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em setembro de 2020.

COLLARES, C. A. L., & Moysés, M. A. A. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (A patologização da Educação)** São Paulo: FDE, 1994. Disponível em: <https://midia.atp.usp.br/plc/plc0604/impressos/plc0604_aula01_ativPres_texto3.pdf>. Acesso em janeiro de 2021.

COLLARES, C. A. L., Moysés, M. A. A. **Preconceitos no cotidiano escolar: a medicalização do processo ensino-aprendizagem**. In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

COSTA, Gal. 1969. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=HVeBmoH7Xxw>
Acesso em abril de 2021.

FACCHINETTI, Cristiana. **Phillipe Pinel e os primórdios da Medicina Mental**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 11, n. 3, p. 502-505, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/14.pdf>> Acesso em janeiro de 2021.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42 edição. Petrópolis: Vozes, 2014.

FREITAS, Bismarck Liandro de. **A evolução da saúde mental no Brasil: reinserção social**. Revista Científica Semana Acadêmica. Fortaleza, ano MMXVIII, Nº. 000126, 16/07/2018. Disponível em: <https://semanaacademica.com.br/artigo/evolucao-da-saude-mental-no-brasil-reinsercao-social>> Acesso em: 27/01/2021.

GOMES, R. **Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa**. In: Minayo, M. C. de S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29 edição. Petrópolis: Vozes, 2010

JABERT, Alexander. **Da nau dos loucos ao trem de doido: As formas de administração da loucura na Primeira República** — o caso do estado do Espírito Santo. 153 f. Dissertação (Mestrado) — Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/5355/2/532.pdf>> Acesso em janeiro de 2021.

LIMA, Patrícia de Moraes. **Cartografias, tempos e espaços da escola: linhas e fluxos de um (outro) desejo**. In: MIGUEL, Denise Soares; LIMA, Patrícia de Moraes (orgs). *Violências em (com) textos: olhares*. Florianópolis: Ed. da UDESC, 2010, p. 27-36.

LUNÁTICO. In: PRIBERAM, Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2008-2021. <<https://dicionario.priberam.org/lun%C3%A1tico>>. Acesso em dezembro de 2020.

MACHADO, Cintia Cavalcante. **Curso de Pós-graduação Especialização em Saúde Mental e Atenção Básica, 2016**. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/handle/bahiana/327>> Acesso em fevereiro de 2021.

MELLO, Cíntia. **OMS - Um breve histórico**. Blog Jaleko, 2020. Disponível em: <<https://blog.jaleko.com.br/oms-um-breve-historico/>> Acesso em janeiro de 2021.

MONTENEGRO, Oswaldo. São Paulo, 1988. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7JG_vvPCndA> Acesso em maio de 2021.

NASCIMENTO, Milton. Minas Gerais, 1978. Disponível em: <<https://youtu.be/Lexd2xvMpxY>> Acesso em janeiro de 2021.

NASCIMENTO, Valter do; AMORIM, Wellington L. **Vida e sofrimento em Nietzsche**. Rev. Humus, 2017, p. 115-121. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahumus/article/download/6330/3849>> Acesso em abril de 2021.

O Fabuloso Destino de Amelie Poulain. Direção: Jean-Pierre Jeunet. França, 2001. 120 min. Disponível em: <<https://youtu.be/NCQ26yX700o>> Acesso em julho de 2020.

OLIVEIRA, Megg Rayara Gomes de. **O diabo em forma de gente: (r)existências de gays afeminados, viados e bichas pretas na educação**. 1 edição. Salvador: Devires. 2020.

PESSOTTI, Isaías. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: T. A. Queiroz: Ed. da Universidade de São Paulo, 1984.

PESSOTTI, Isaías. 2006. **Sobre a teoria da loucura no século XX**. Temas em Psicologia, 2006, Vol. 14, n 2, 113 - 123. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n2/v14n2a02.pdf>> Acesso em janeiro de 2021.

PETRIBÚ, Kátia. **Comorbidade no transtorno obsessivo-compulsivo**. Rev. Brasileira de Psiquiatria, 2001; 23 (Supl II): 17-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600006> Acesso em fevereiro de 2021.

Que letra é essa? A história de Patrick. Pedro Rocha, 2004. 25 min. Disponível em: <<https://youtu.be/NtyL4NEEIEE>> Acesso em setembro de 2020.

RAPHAEL. **Dona Ivone Lara: ícone do samba brasileiro e enfermeira pioneira na Humanização em Saúde Mental.** Blog Humaniza SUS, 2018. Disponível em: <<https://redehumanizasus.net/dona-ivone-lara-icone-do-samba-brasileiro-e-enfermeira-pioneira-na-humanizacao-em-saude-mental/>> Acesso em abril 2021.

ROCHA, Ruth – **Quando a escola é de vidro.** In: Admirável mundo louco. Rio de Janeiro: Salamandra, 1986.

ROSA, Maria J. A. **Violência no Ambiente Escolar: Refletindo Sobre as Consequências para o Processo Ensino Aprendizagem.** Ano 4, Volume 8. Itabaiana, Gepiadde, 2010. Disponível em: <<http://www.conhecer.org.br/download/BULLYING/LEITURA%202.pdf>> Acesso em abril de 2021.

SANCHES, Antonio Carlos Gonsales; OLIVEIRA, Maria Aparecida Ferreira de. **Educação inclusiva e alunos com transtorno mental: um desafio interdisciplinar.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722011000400004&script=sci_abstract&tln_g=pt>. Acesso em abril de 2021.

SCHULTZ, Duane P., & SCHULTZ, Sidney E. (2002). **História da Psicologia Moderna.** São Paulo: Cultrix.

SECCHIN, Julio. Rio de Janeiro, independente, 2019. Disponível em: <<https://youtu.be/0jJakBm6q4Q>> Acesso em janeiro de 2021.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CÓRDOVA, Fernanda Peixoto. **A pesquisa científica.** In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

SILVEIRA, Fernando de Almeida; FURLAN, Reinaldo. **Corpo e Alma em Foucault: Postulados para uma Metodologia da Psicologia.** Psicologia USP, 2003, 14(3), 171 - 194. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n3/v14n3a12.pdf>> Acesso em julho de 2019.

SOARES, Ilka de Araújo. **Arthur Bispo do Rosário a arte bruta e a propagação na cultura pós-moderna.** Psicol. cienc. prof. vol.20 no.4. Brasília, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400005> Acesso em fevereiro de 2021.

SOUSA, Edson Luiz André de. **A transgressão que salva.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 17(3-Suppl.), 787-796, set. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n3s1/1415-4714-rlpf-17-03-s1-00787.pdf>> Acesso em abril 2021.

SOUZA, Simone Vieira. **O estudante (in)visível na queixa escolar visível: um estudo sobre a constituição do sujeito na trajetória escolar.** Tese (Doutorado). Universidade Federal de

Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação. Programa de Pós Graduação em Educação, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/107046>> Acesso em janeiro 2021.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. **Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas.** In: SPINK, M. J. (Org.). Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2013

TILIO, Rafael De. **A querela dos direitos: Loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais.** Paidéia, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n37/a04v17n37.pdf>>. Acesso em outubro de 2020.

VIEIRA, Marilene de Lourdes. **Mal-estar docente e sofrimento psíquico: portas de entrada para o adoecimento.** VII Encontro de Pesquisa em Educação. Revista Encontro de Pesquisa em Educação Uberaba, v. 1, n.1, p. 112-127, 2013. Disponível em: <<http://revistas.uniube.br/index.php/anais/article/viewFile/703/1000>> Acesso em fevereiro de 2021.

APÊNDICE A– CONVITE ESTUDANTES DA CAE

Prezado Estudante,

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa "Questões sobre o processo de invisibilização dos usuários de saúde mental na escola e o processo de medicalização". O objetivo da pesquisa é analisar o processo de invisibilidade dos sujeitos escolares acometidos por transtornos psíquicos, a partir de suas histórias de vida. Também discorrer sobre os processos de medicalização na escola. Assim, solicitamos sua participação através da entrevista, bem como, sua autorização para publicação dos dados obtidos nos trabalhos com fins acadêmicos. Considerando os benefícios da pesquisa entende-se que ela contribuirá para que se discuta os desafios do percurso escolar e a visibilidade dos sujeitos com transtorno psíquico e os processos de medicalização que cerceiam os processos de educação, contribuindo no debate para as rupturas de uma educação excludente, para assim se pensar meios e modos de essa população ser e estar na escola sentindo-se parte dela. Sua participação é muito importante! Desde já agradeço pelo seu tempo. Atenciosamente, Ellen.

APÊNDICE B – ENTREVISTA ESTUDANTES

Roteiro de Entrevista Semi- Estruturada para os Estudantes

1. O que você gostaria de contar sobre sua trajetória escolar? Como foi a escola para você?
2. De que maneira sua vida escolar te marcou?
3. Quais lembranças foram mais marcantes em sua vida escolar?
4. Quais as séries/anos foram mais significativas para você, tanto positivo quanto negativamente, e por que?
5. Você considera que o transtorno influenciou sua vida escolar? Como isso aconteceu e como isso te afetou?
6. Existe alguma coisa que você já deixou de fazer em decorrência do transtorno? O que tem a dizer sobre isso?
7. Você considera que o transtorno causa limitações em suas ações tanto em relação ao processo acadêmico como na vida pessoal? De que maneira?
8. Você teve algum tipo de apoio especializado ou mesmo apoio da família? Como foi para você?
9. Como é para você estar na Universidade e o que isso representa?
10. Como você se reconhece e descreve como pessoa? Me conte sobre quem é - insira aqui o pseudônimo da pessoa.
11. Se existisse a possibilidade mudar alguma parte de sua história, você o faria? Qual seria? Como acha que seria possível mudá-la?
12. Gostaria de acrescentar alguma lembrança ou reflexão que não tenha feito até o momento? Você teria alguma mensagem para deixar em relação ao modo como a sociedade lida com pessoas que tem algum transtorno?
13. Há alguma coisa que você queira falar sobre; algum sentimento que queira expressar ou uma mensagem que queira deixar?

APÊNDICE C – ENTREVISTA GESTORES

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para os Gestores

1. O que você gostaria de contar enquanto gestor da CAE?
2. Qual o objetivo da CAE? Quais os desafios de um gestor da CAE?
3. Como é para ti estar na gestão desse espaço e acompanhar diferentes trajetórias estudantis?
4. Apesar de não ser o público alvo da CAE, as pessoas com transtornos mentais são acolhidas e acompanhadas. Como vocês tem percebido a relação cãs pessoas com Transtorno na Universidade e como realizam o trabalho de Acolhimento e acompanhamento desses estudantes?
5. Como a CAE enxerga esses atendimentos? Como acolhe a ampliação de suas atividades?
6. Os atendimentos são realizados no espaço da CAE? Como eles acontecem?
7. Todos que procuram conseguem ter atendimento e acompanhamento? Como é o critério para selecionar que será atendido?
8. Quais principais demandas das pessoas com transtornos?
9. Quais profissionais realizam os atendimentos?
10. Quais as queixas mais comuns sobre os transtornos mentais?
11. O que você acha sobre a estrutura de acolhimento desse público na Universidade?
12. Tem alguma sugestão sobre como deveria acontecer?
13. O que você gostaria de dizer sobre o trabalho com as pessoas com transtorno mental?

APÊNDICE D – TCLE GESTORES



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Educação

UFSC

Pesquisadora Realizada por: Ellen Amaral Chaves Timoteo

Orientada por: Profa. Dra. Ana Carolina Christofari

Endereço: Centro Ciências da Educação - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Campus Professor João David Ferreira Lima - Trindade /Florianópolis - Santa Catarina - Brasil - CEP
88.040-900 Contato da pesquisadora: (48) 999998366
E-mail: ellen.amaralchaves@gmail.com

Comitê de Ética

Endereço: Prédio Reitoria II
Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade. Florianópolis/SC
Cep. 88.040-400
Contato: (48)3721-6094
Cep.propesq@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar como gestor (a) da CAE, de forma voluntária, da pesquisa **Questões sobre o processo de invisibilização dos usuários de saúde mental na escola e o processo de medicalização**. Para que você possa contribuir com a pesquisa, é preciso que você assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também chamado de TCLE, que é um documento em que os convidados a participar de pesquisas científicas são informados de todas as características, objetivos, procedimentos, riscos e garantias ao participante, entre outros aspectos relacionados às pesquisas, além de fornecerem ao pesquisador sua anuência para a realização do estudo. O objetivo da pesquisa é analisar o processo de invisibilidade dos sujeitos escolares acometidos por transtornos psíquicos, a partir de suas histórias de vida. Também discorrer sobre os processos de medicalização na

escola. Assim, solicitamos sua participação através da entrevista, bem como, sua autorização para publicação dos dados obtidos nos trabalhos com fins acadêmicos.

Considerando os benefícios da pesquisa entende-se que ela contribuirá para que se discuta os desafios do percurso escolar e a visibilidade dos sujeitos com transtorno psíquico e os processos de medicalização que cerceiam os processos de educação, contribuindo no debate para as rupturas de uma educação excludente, para assim se pensar meios e modos de essa população ser e estar na escola sentindo-se parte dela. Adverte-se o risco de estresse emocional devido ao trabalho com memórias pessoais e suscitadas por terceiros. Caso ocorra qualquer estresse, acompanharemos você até o SAPSI (Serviço de Atenção Psicológica), localizado na UFSC, e aguardaremos a pessoa indicada por você no final deste documento chegar. No SAPSI você receberá atendimento psicológico emergencial de um psicólogo ou estudante de psicologia. As entrevistas serão realizadas na UFSC, entre as 8h e 17h, em consonância com o horário de atendimento do SAPSI, para sua maior segurança. Adverte-se também para o risco de quebra de sigilo, contudo a pesquisadora se compromete a zelar pela minimização desta possibilidade, atendo-se em nomear as pessoas envolvidas na pesquisa com pseudônimos previamente definidos neste documento, assim como velar pela discrição a fim de evitar possível reconhecimento. A sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem

nenhum prejuízo. A qualquer momento você poderá solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. A entrevista será gravada em áudio por celular, e deverá ter duração de aproximadamente 1 hora. Além disso, a pesquisadora, bem como a orientadora desta pesquisa estarão disponíveis para qualquer esclarecimento sobre a garantia de plena liberdade ao
1 de 2

participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. A pesquisadora retornará os resultados do trabalho aos participantes.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda de sua participação na pesquisa, no entanto, caso tenha alguma despesa extraordinária associada à pesquisa, você será ressarcido nos termos da lei. Além disso, se você sofrer qualquer prejuízo material ou imaterial comprovadamente relacionado à pesquisa, você terá direito à indenização nos termos da lei. Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será emitido em duas vias, sendo uma delas do participante e a outra da pesquisadora, ambas assinadas pelas partes envolvidas. É importante que você guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz informações sobre a pesquisa, sua participação e garante seus direitos como participante da pesquisa.

Ellen Amaral Chaves Timoteo
Pesquisadora

Ana Carolina Christofari
Orientadora

Eu, _____ RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Florianópolis, _____ de _____ de 2019.

Contato de emergência 1: _____

Telefone: _____ Relação: _____

Contato de emergência 2: _____

Telefone: _____ Relação: _____

Desejo ser chamado na pesquisa por: _____

APÊNDICE E – TCLE ESTUDANTES



Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Educação

Pesquisadora Realizada por: Ellen Amaral Chaves Timoteo

Orientada por: Profa. Dra. Ana Carolina Christofari

Endereço: Centro Ciências da Educação - Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Campus Professor João David Ferreira Lima - Trindade /Florianópolis - Santa Catarina - Brasil - CEP 88.040-900 Contato da pesquisadora: (48) 999998366

E-mail: ellen.amaralchaves@gmail.com

Comitê de Ética

Endereço: Prédio Reitoria II

Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade. Florianópolis/SC

Cep. 88.040-400

Contato: (48)3721-6094

Cep.propesq@contato.ufsc.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **Questões sobre o processo de invisibilização dos usuários de saúde mental na escola e o processo de medicalização**. Para que você possa contribuir com a pesquisa, é preciso que você assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, também chamado de TCLE, que é um documento em que os convidados a participar de pesquisas científicas são informados de todas as características, objetivos, procedimentos, riscos e garantias ao participante, entre outros aspectos relacionados às pesquisas, além de fornecerem ao pesquisador sua anuência para a realização do estudo. O objetivo da pesquisa é analisar o processo de invisibilidade dos sujeitos escolares acometidos por transtornos psíquicos, a partir de suas histórias de vida. Também discorrer sobre os processos de medicalização na escola. Assim, solicitamos sua participação através da entrevista, bem como, sua autorização para publicação dos dados obtidos nos trabalhos com fins acadêmicos.

Considerando os benefícios da pesquisa entende-se que ela contribuirá para que se discuta os desafios do percurso escolar e a visibilidade dos sujeitos com transtorno psíquico e os processos de medicalização que cerceiam os processos de educação, contribuindo no debate para as rupturas de uma educação excludente, para assim se pensar meios e modos de essa população ser e estar na escola sentindo-se parte dela. Adverte-se para o risco de estresse emocional devido ao trabalho com memórias. Caso ocorra qualquer estresse, acompanharemos você até o SAPSI (Serviço de Atenção Psicológica), localizado na UFSC, e aguardaremos a pessoa indicada por você no final deste documento chegar. No SAPSI você receberá atendimento psicológico emergencial de um psicólogo ou estudante de psicologia. As entrevistas serão realizadas na UFSC, entre as 8h e 17h em consonância com o horário de atendimento do SAPSI, para sua maior segurança. Adverte-se também para o risco de quebra de sigilo, contudo a pesquisadora se compromete a zelar pela minimização desta possibilidade, atendo-se em nomear as pessoas envolvidas na pesquisa com pseudônimos previamente definidos neste documento, assim como velar pela discricção a fim de evitar possível reconhecimento. A sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento você poderá solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. A entrevista será gravada em áudio por celular, e deverá ter duração de aproximadamente 1 hora. Além disso, a pesquisadora, bem como a orientadora desta pesquisa estarão disponíveis para qualquer esclarecimento sobre a garantia de plena liberdade ao participante da pesquisa, de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. A pesquisadora retornará os resultados do trabalho aos participantes.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda de sua participação na pesquisa, no entanto, caso tenha alguma despesa extraordinária associada à pesquisa, você será ressarcido nos termos da lei. Além disso, se você sofrer qualquer prejuízo material ou imaterial comprovadamente relacionado à pesquisa, você terá direito à indenização nos termos da lei. Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será emitido em duas vias, sendo uma delas do participante e a outra da pesquisadora, ambas assinadas pelas partes envolvidas. É importante que você guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz informações sobre a pesquisa, sua participação e garante seus direitos como participante da pesquisa.

Ellen Amaral Chaves Timoteo
Pesquisadora

Ana Carolina Christofari
Orientadora

Eu, _____ RG _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Florianópolis, _____ de _____ de 2019.

Contato de emergência 1: _____

Telefone: _____ Relação: _____

Contato de emergência 2: _____

Telefone: _____ Relação: _____

Desejo ser chamado na pesquisa por: _____

APÊNDICE F – CARTA RESPOSTA

Carta-Resposta às Pendências

Prezados, encaminhamos esta carta-resposta atendendo à solicitação do Comitê de Ética, quanto às soluções dadas às pendências por ele listadas. O documento segue o formato de perguntas e respostas.

1 – Considerando o grau de vulnerabilidade da população participante do estudo, solicita-se que as pesquisadoras informem de que forma garantirão o atendimento no SAPSI para aqueles participantes que necessitarem desse atendimento.

Com relação a esta pendência, informamos que o SAPSI possui o Acolhimento, uma forma de atendimento emergencial, das 8h às 17:00, conforme ordem de chegada. O SAPSI não faz acompanhamento de questões mais profundas nesse serviço de atendimento emergencial (isso é feito via inscrição para o atendimento psicológico contínuo), mas esse primeiro atendimento é feito para todos que solicitam e, caso necessário, encaminham para outras clínicas. No entanto, quando há risco de crise, todos que procuram conseguem acesso a esse primeiro atendimento. No site encontramos a seguinte definição do serviço:

A palavra acolhimento está relacionado ao ato ou efeito de acolher; oferecer atenção e consideração. No SAPSI, acolher significa receber as pessoas que procuram o serviço com disponibilidade para escutar, promovendo condições para que seu sofrimento possa ser expresso.

O acolhimento psicológico é um tipo de intervenção psicológica que acolhe a pessoa no exato momento de sua urgência, compreendendo seu sofrimento e ajudando-a a lidar com seus recursos e limites. Desta forma, o objetivo é prestar atendimento urgencial à demanda, acompanhando a pessoa em busca do sentido de existência por meio da compreensão de seu sofrimento.

(...)

Não há necessidade de agendar horário. O atendimento é feito por ordem de chegada. O Sapsi é uma clínica-escola de psicologia e os alunos estagiários atendem em vários horários disponíveis. Há necessidade de se preencher a ficha de inscrição quando chegar. Importante trazer documento de Identificação.

Os acolhimentos psicológicos são realizados entre as 8 hs e as 17 hs. O atendimento é organizado por ordem de chegada e condicionado à disponibilidade de plantonistas no Serviço. O acolhimento psicológico é um atendimento psicológico mais breve e de curta duração. De acordo com o caso, serão realizadas mais de uma sessão. Após o término e dependendo da situação, o cliente/paciente será encaminhado para

psicoterapia em clínicas de rede de apoio, Centros de Saúde, Caps, clínicas sociais, projetos de extensão no próprio Sapsi. (SAPSI, 2019)

As informações completas podem ser conferidas em: <https://sapsi.paginas.ufsc.br/acolhimento-psicologico/>.

Tendo em vista a disponibilidade do serviço, garantiremos que as entrevistas sejam realizadas em consonância com o horário de atendimento do SAPSI, e caso haja necessidade de atendimento, acompanharemos o participante até o SAPSI, entraremos em contato com alguma pessoa de confiança indicada pelo mesmo no final do TCLE, e aguardaremos até que pessoa esteja segura. Com relação ao TCLE, foi incluído um campo para indicar três pessoas de confiança que possamos avisar caso necessite do acolhimento, com Nome, Telefone e Relação, para que possamos identificar as pessoas. Foi alterado também o trecho sobre os riscos, explicando sobre o acolhimento e nosso apoio nesse processo. As alterações feitas no TCLE estarão marcadas em vermelho.

Como no site do SAPSI é oferecida a garantia do atendimento emergencial a todos que procuram esse serviço, consideramos fidedigna a informação, portanto, o atendimento caso necessário.

A redação no TCLE ficou da seguinte maneira, na página 1/2:

Caso ocorra qualquer estresse, acompanharemos você até o SAPSI (Serviço de Atenção Psicológica), localizado na UFSC, e aguardaremos a pessoa indicada por você, no final deste documento, chegar. No SAPSI você receberá atendimento psicológico emergencial de um psicólogo ou estudante de psicologia. As entrevistas serão realizadas na UFSC, entre as 8:00 h e 17:00 em consonância com o horário de atendimento do SAPSI, para sua maior segurança.

No final da página 2/2 foi incluído um formulário para preenchimento de dois contatos de emergência, elaborado da seguinte maneira:

Contato de emergência 1: _____

Telefone: _____ Relação: _____

Contato de emergência 2: _____

Telefone: _____ Relação: _____

Com isso esperamos assegurar o atendimento caso alguém necessite, bem como prestar todo o apoio que seja necessário para os participantes que sentirem desconforto.

2 – Solicita-se anexar o roteiro da entrevista semi-estruturada.

Redigimos dois documentos, sendo um para os estudantes e um para os gestores. Os documentos foram anexados nomeados como “Entrevista_estudantes_pronta” e “Entrevista_gestores_pronta”.

3 – Solicita-se informar no formulário da Plataforma Brasil a faixa etária dos participantes. Caso esteja previsto a participação de menores, é necessário anexar um TALE um TCLE para os responsáveis.

A participação de pessoas menores de 18 anos não é prevista nesta pesquisa cujo público alvo são estudantes de graduação, pós-graduação, e gestores da CAE, maiores de idade. Todavia, como ainda não foram selecionados os participantes, segue anexo o Termo de Consentimento dos Responsáveis, bem como o TALE, caso aconteça de haver algum menor de idade. O TALE tem duas alterações em relação ao TCLE: 1. Está nomeado como Termo de Assentimento; 2. Está descrito que o responsável legal já assinou. A redação do TALE foi elaborada considerando que o público dessa pesquisa, ainda que seja necessária a participação de algum sujeito menor de 18 anos, não deverá ultrapassar o limite de faixa etária de 17 anos e, portanto, com condições de ler e compreender a redação do termo.

Os documentos foram anexados e nomeados como “TCLEresponsáveis(1)” e “TALE”.

4 – Solicita-se incluir um TCLE para os gestores. O formulário da Plataforma Brasil informa que 2 gestores serão entrevistados. É necessário um TCLE específico para eles.

TCLE dos gestores segue anexo nomeado como TCLE Gestores.

A redação do TCLE para gestores também considera que pode ser necessário o atendimento psicológico dado que o processo de entrevista tende a evocar memórias, sentimentos que podem vir a causar desconforto.

5 – Tanto na Plataforma Brasil quanto no TCLE a análise de risco deve ser redimensionada quanto à confidencialidade e sigilo dos dados, bem como quanto à privacidade dos participantes. Todos os participantes serão recrutados na CAE, o que aumenta o risco de quebra de sigilo e confidencialidade. Este risco deve estar claro para os participantes, bem como as providências que as pesquisadoras tomarão para minimizá-los.

Sobre esta pendência, consideramos importante alguns cuidados, tais como: constar no TCLE a possibilidade da escolha, por parte do participante de um pseudônimo. Essa modificação já foi realizada no termo. Além disso, será esclarecido ao participante que será evitada qualquer forma que possa identificá-lo a partir de características específicas ou informações que possam quebrar o sigilo. Alterou-se no TCLE informando sobre a possível quebra de sigilo e também sobre essas ações para minimizá-lo. As alterações foram realizadas na plataforma e no TCLE. No TCLE está destacado em vermelho para facilitar a identificação.

A alteração ficou da seguinte maneira:

Adverte-se também para o risco de quebra de sigilo, contudo a pesquisadora se compromete a zelar pela minimização desta possibilidade, atendo-se em nomear as pessoas envolvidas na pesquisa com pseudônimos previamente definidos neste documento, assim como velar pela discrição a fim de evitar possível reconhecimento.

O formulário de preenchimento do pseudônimo segue dessa maneira:

Desejo ser chamado na pesquisa por: _____

Dessa maneira esperamos preservar os participantes.

6 – As entrevistas serão registradas de que forma? Serão gravadas? Como? É necessário esclarecer o procedimento que será adotado para realizar as entrevistas e como a identidade do entrevistado será preservada.

Com relação a esta pendência, foi alterado no TCLE o procedimento e o tempo de duração aproximado da entrevista. As entrevistas serão gravadas, com no máximo de tempo de 1h considerando que esse tempo é suficiente para não causar desconforto e cansaço com o processo

de retomada das memórias. A gravação será gravada em áudio, com celular, somente mediante autorização prévia do participante.

A redação no Termo na página 1/2 ficou da seguinte forma:

A entrevista será gravada em áudio por celular, e deverá ter duração de aproximadamente 1 hora. O tempo da entrevista será considerando o conforto do participante em responder as questões.

7 - Com o objetivo de garantir a integridade do documento TCLE, solicita-se que sejam inseridos os números de cada página, bem com a quantidade total delas (como, por exemplo, "1 de X", e assim sucessivamente, até a página "X de X").

Pendência solucionada, inseridas as páginas.

8 - Solicita-se, por fim, uma carta-resposta tratando de cada pendência. A carta-resposta é documento obrigatório no caso de projetos em pendência.

Pendência solucionada via este próprio documento.