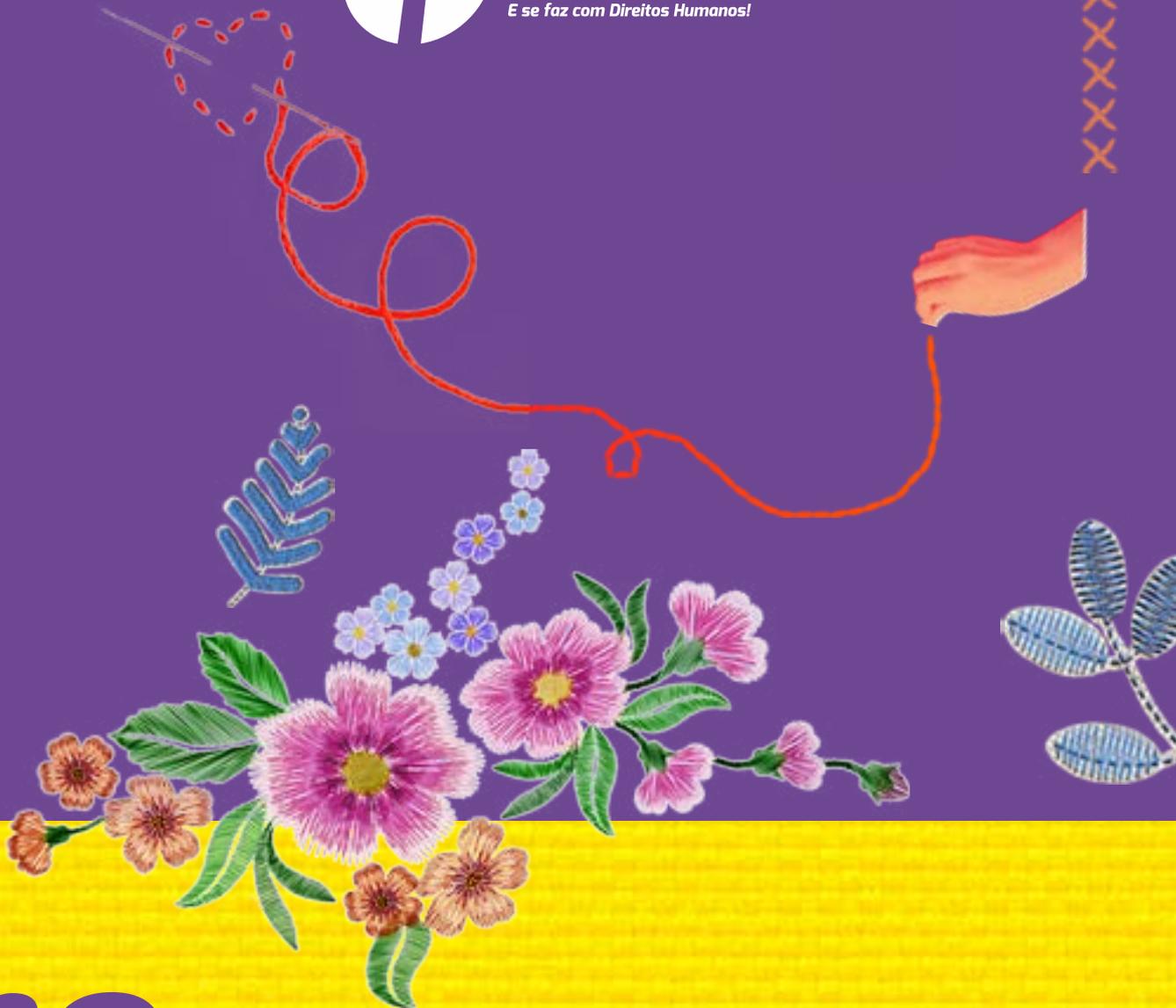




A Psicologia é para
todo mundo
E se faz com Direitos Humanos!



40

cadernos temáticos CRP SP
Cuidado em Liberdade



Conselho Regional de **PSICOLOGIA SP**





*A Psicologia é para
todo mundo
E se faz com Direitos Humanos!*

40

cadernos temáticos CRP SP
Cuidado em Liberdade

CRP 06 - São Paulo - 2022 - 1º Edição



Conselho Regional de **PSICOLOGIA SP**

Caderno Temático nº 40 – Cuidado em Liberdade

XVI Plenário (2019-2022)

Diretoria

Presidenta | Tatiane Rosa da Silva (CRP 06/122671)
Vice-presidenta | Raizel Rechtman (CRP 06/115233)
Secretária | Rita de Cássia O. Assunção (CRP 06/41621)
Tesoureiro | Mônica Marques dos Santos (CRP 06/68930)

Conselheiras/os

Ana Paula Hachich de Souza (CRP 06/74115)
Annie Louise Saboya Prado (CRP 06/86192)
Beatriz Borges Brambilla (CRP 06/98368)
Clarissa Moreira Pereira (CRP 06/85338)
Edgar Rodrigues (CRP 06/29843)
Eduardo de Menezes Pedroso (CRP 06/122428)
Emanoela Priscila Toledo Arruda (CRP 06/107551)
Ione Aparecida Xavier (CRP 06/27445)
Ivani Francisco de Oliveira (CRP 06/121139)
Julia Pereira Bueno (CRP 06/132236)
Jumara Silvia Van De Velde (CRP 06/7616)
Lauren Mariana Mennocchi (CRP 06/90668)
Lilian Suzuki (CRP 06/27810)
Luana Alves Sampaio Cruz Bottini (CRP 06/69979)
Luciane de Almeida Jabur (CRP 06/ 66501)
Maria da Glória Calado (CRP 04/33194)
Maria Mercedes Whitaker Kehl Vieira Bicudo Guarnieri (CRP 06/59560)
Maria Rozinetti Gonçalves (CRP 06/39077)
Mônica Cintrão França Ribeiro (CRP 06/20583)
Mônica Marques dos Santos (CRP 06/68930)
Murilo Centrone Ferreira (CRP 06/142583)
Raizel Rechtman (CRP 06/115233)
Rita de Cássia Oliveira Assunção (CRP 06/41621)
Rodrigo Toledo (CRP 06/90143)
Sarah Faria Abrão Teixeira (CRP 06/132287)
Sulamita Jesus de Assunção (CRP 06/115531)
Talita Fabiano de Carvalho (CRP 06/71781)
Tatiane Rosa da Silva (CRP 06/122671)

Comissão de Direitos Humanos e Políticas Públicas

Annie Louise Saboya Prado
Emanoela Priscila Toledo Arruda
Ivani Francisco de Oliveira
Juliana Cristina Bessa
Maria da Glória Calado
Maria Orlene Daré
Mônica Marques dos Santos
Rafael Cislinski
Talita Fabiano de Carvalho
Tatiane Rosa da Silva

Eixo 2 – Cuidado em Liberdade

Annie Louise Saboya Prado
Emanoela Priscila Toledo Arruda
Juliana Cristina Bessa
Mônica Marques dos Santos
Rafael Cislinski
Talita Fabiano de Carvalho
Tatiane Rosa da Silva

Elaboração de texto

Annie Louise Saboya Prado
Elisa Zaneratto
Fernanda Garcia Estevez
Ione Aparecida Xavier
Juliana Vicente de Freitas
Mônica Cintrão França Ribeiro
Rafael Cislinski
Talita Fabiano de Carvalho

Comissão de Comunicação

Conselheira Coordenadora: Talita F. de Carvalho
Coordenação de Relações Externas: Tiara Vaz
Design Gráfico: Micael Melchhiades e Paulo Mota

Revisão

Lúcia Carolina dos Reis

C755c Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.
Cuidado em Liberdade. Conselho Regional de
Psicologia de São Paulo. - São Paulo: CRP SP, 2022.

Acesso Remoto: (<https://www.crpsp.org/>)

ISBN: 978-65-87764-07-8

1. Psicologia- Sociedade. 2. Pessoas em situação de rua. 3. Suicídio. 4. Pandemia. 5. Sofrimento Psíquico. 6. Luta Antimanicomial. 7. Redução de Danos. 8. Arthur Bispo do Rosário. I. Título

CDD 150.3

Ficha catalográfica elaborada por Marcos Toledo CRB8/8396

Cadernos Temáticos do CRP SP

Desde 2007, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo inclui, entre as ações permanentes da gestão, a publicação da série Cadernos Temáticos do CRP SP, visando registrar e divulgar os debates realizados no Conselho em diversos campos de atuação da Psicologia.

Essa iniciativa atende a vários objetivos. O primeiro deles é concretizar um dos princípios que orientam as ações do CRP SP, o de produzir referências para o exercício profissional de psicólogas/os; o segundo é o de identificar áreas que mereçam atenção prioritária, em função de seu reconhecimento social ou da necessidade de sua consolidação; o terceiro é o de, efetivamente, ser um espaço para que a categoria apresente suas posições e questionamentos acerca da atuação profissional, garantindo, assim, a construção coletiva de um projeto para a Psicologia que expresse a sua importância como ciência e como profissão.

Esses três objetivos articulam-se nos Cadernos Temáticos de maneira a apresentar resultados de diferentes iniciativas realizadas pelo CRP SP, que contaram com a experiência de pesquisadoras/es e especialistas da Psicologia para debater sobre assuntos ou temáticas variados na área. Reafirmamos o debate permanente como princípio fundamental do processo de democratização, seja para consolidar diretrizes, seja para delinear ainda mais os caminhos a serem trilhados no enfrentamento dos inúmeros desafios presentes em nossa realidade, sempre compreendendo a constituição da singularidade humana como um fenômeno complexo, multideterminado e historicamente produzido. A publicação dos Cadernos Temáticos é, nesse sentido, um convite à continuidade dos debates. Sua distribuição é dirigida a psicólogas/os, bem como aos diretamente envolvidos com cada temática, criando uma oportunidade para a profícua discussão, em diferentes lugares e de diversas maneiras, sobre a prática profissional da Psicologia.

Este é o 40º Caderno da série. Seu tema é: **Cuidado em Liberdade.**

Outras temáticas e debates ainda se unirão a este conjunto, trazendo para o espaço coletivo informações, críticas e proposições sobre temas relevantes para a Psicologia e para a sociedade. A divulgação deste material nas versões impressa e digital possibilita ampla discussão, mantendo permanentemente a reflexão sobre o compromisso social de nossa profissão, reflexão para a qual convidamos todas/os.

XVI Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

Os Cadernos já publicados podem ser consultados em www.crpssp.org.br:

- 1 – Psicologia e preconceito racial
- 2 – Profissionais frente a situações de tortura
- 3 – A Psicologia promovendo o ECA
- 4 – A inserção da Psicologia na saúde suplementar
- 5 – Cidadania ativa na prática
- 5 – *Ciudadanía activa en la práctica*
- 6 – Psicologia e Educação: contribuições para a atuação profissional
- 7 – Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 8 – Dislexia: Subsídios para Políticas Públicas
- 9 – Ensino da Psicologia no Nível Médio: impasses e alternativas
- 10 – Psicólogo Judiciário nas Questões de Família
- 11 – Psicologia e Diversidade Sexual
- 12 – Políticas de Saúde Mental e juventude nas fronteiras psi-jurídicas
- 13 – Psicologia e o Direito à Memória e à Verdade
- 14 – Contra o genocídio da população negra: subsídios técnicos e teóricos para Psicologia
- 15 – Centros de Convivência e Cooperativa
- 16 – Psicologia e Segurança Pública
- 17 – Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento da desigualdade social
- 18 – Psicologia do Esporte: contribuições para a atuação profissional
- 19 – Psicologia e Educação: desafios da inclusão
- 20 – Psicologia Organizacional e do Trabalho
- 21 – Psicologia em emergências e desastres
- 22 – A quem interessa a “Reforma” da Previdência?: articulações entre a psicologia e os direitos das trabalhadoras e trabalhadores
- 23 – Psicologia e o resgate da memória: diálogos em construção
- 24 – A potência da psicologia obstétrica na prática interdisciplinar: uma análise crítica da realidade brasileira
- 25 – Psicologia, laicidade do estado e o enfrentamento à intolerância religiosa
- 26 – Psicologia, exercício da maternidade e proteção social
- 27 – Nossa luta cria: enfrentar as desigualdades e defender a democracia é um dever ético para a Psicologia
- 28 – Psicologia e precarização do trabalho: subjetividade e resistência
- 29 – Psicologia, direitos humanos e pessoas com deficiência
- 30 – Álcool e outras drogas: subsídios para sustentação da política antimanicomial e de redução de danos
- 31 – Psicologia e justiça: interfaces
- 32 – Conversando sobre as perspectivas da educação inclusiva para pessoas com Transtorno do Espectro Autista
- 33 – Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 1
- 34 – Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 2
- 35 – Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento - parte 3
- 36 – Psicologia, demandas escolares e Intersectorialidade: os caminhos do diagnóstico de crianças e adolescentes
- 37 – Práticas em psicologia e educação
- 38 - Cristalização, Patologização e Criminalização da Vida no Sistema de Justiça: “Alienação Parental” e a Atuação da/o Psicóloga/o
- 39 - Segurança Pública e Violência Policial: Quais Corpos são Alvos?

Sumário

- 8** APRESENTAÇÃO
- 9** EP 01 | CUIDADO EM LIBERDADE: A DIVERSIDADE E A INVISIBILIDADE ESTÃO NA RUA
- 10** TRANSCRIÇÃO DO EPISÓDIO 01
- 22** EP 02 | CUIDADO EM LIBERDADE: PANDEMIA, SOFRIMENTO PSÍQUICO E SUICÍDIO
- 23** TRANSCRIÇÃO DO EPISÓDIO 02
- 35** EP 03 | CUIDADO EM LIBERDADE: ALÉM DA RAPS – POR UM CUIDADO ANTIMANICOMIAL DA SAÚDE MENTAL
- 37** TRANSCRIÇÃO DO EPISÓDIO 03
- 52** EP 04 | CUIDADO EM LIBERDADE: REDUÇÃO DE DANOS E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO
- 54** TRANSCRIÇÃO DO EPISÓDIO 04
- 67** EP 05 | CUIDADO EM LIBERDADE: ARTHUR BISPO DO ROSÁRIO
- 69** TRANSCRIÇÃO DO EPISÓDIO 05

Apresentação

XVI Plenário do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

O Caderno Temático Cuidado em Liberdade celebra a série de estreia do podcast do CRP SP, o Estação Psicologia. Com cinco episódios cheios de referências na Psicologia, orientações técnicas e conhecimento popular. Temas muitos valiosos para a profissão de psicólogas/os e para toda a sociedade. Trazemos aqui todo o conteúdo da série Cuidado em Liberdade, do nosso podcast, amplamente disponível nas plataformas digitais de música e no canal do CRP SP no YouTube, com acessibilidade.

Com textos introdutórios para cada episódio, escritos por colaboradoras/es do CRP SP que acumulam luta e conhecimento sobre os temas trabalhados, as apresentadoras conversam com profissionais de Psicologia e militantes das lutas antimanicomial e anti-proibicionista, trazendo os temas: Invisibilidade da população em situação de rua; Pandemia, sofrimento psíquico e suicídio; Além da RAPS: Por um cuidado Antimanicomial da Saúde Mental; Redução de Danos e Estratégias de Cuidado; Arthur Bispo do Rosário.

Conheça, além de análises dos temas feitas por profissionais da Psicologia, muito apropriadas, histórias de vida e orientações técnicas e éticas, tudo isto em uma linguagem descontraída e em formato de conversa.

EP 01 | Cuidado em Liberdade: a diversidade e a invisibilidade estão na rua

Autoria:
Juliana Vicente de Freitas

O primeiro episódio do podcast Estação Psicologia, do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, traz duas convidadas para debaterem o tema da invisibilidade da população que está em situação de rua: Laura Dias, representante do Movimento Nacional de Luta pela População em Situação de Rua, e Carmen Lopes, do Coletivo Tem Sentimento. Ambas trazem um panorama da conjuntura atual sobre as pessoas que estão vivendo na rua no estado de São Paulo, mais precisamente, na capital paulista e na Baixada Santista. De acordo com pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o número de pessoas que estão vivendo nas ruas, no Brasil, aumentou por conta da pandemia de covid-19 e da crise econômica que o país vive atualmente.

As convidadas refletem sobre como o sistema econômico capitalista, as desigualdades sociais, o machismo, racismo, a LGBTQIA+fobia fazem com que pessoas fiquem à margem da sociedade, resultando em uma grande invisibilização desta população. As falas perpassam pelo contexto de como a população em situação de rua é excluída e por

não ser consumidora, com poder de compra, não se torna interessante para a engrenagem do sistema capitalista. Há também estigma e estereótipos que recaem sobre esse grupo, o que afirma ainda mais as condições de exclusão. Além disso, as entrevistas trazem a importância do fortalecimento dos movimentos sociais que lutam para que as políticas públicas sejam garantidas.

O podcast elucida questões pragmáticas que contribuem para a construção da práxis do exercício profissional das/os psicólogas/os. Temos o dever ético de lutar para que essa população seja atendida pela rede de serviços públicos intersetoriais de saúde, educação, assistência social, habitação, trabalho, entre outros necessários, e que as/os psicólogas/os acolham e escutem de maneira alinhada aos princípios do Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o.

O Sistema Conselhos de Psicologia se posiciona em favor da vida, da garantia de direitos, da promoção do cuidado em liberdade e da luta contra a exclusão e marginalização da população em situação de rua.

Podcast: Estação Psicologia**Episódio:** 1**Tema:** A Diversidade e a invisibilidade estão na rua**Tempo:** 01:03:23**Âncoras:** Annie Louise Saboya Prado e Nathalia Barbosa**Entrevistadas:** Laura Dias, Carmen Lopes e Camila Innecco

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Olá, está começando o Estação Psicologia, o podcast do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Nathalia Barbosa: Nos acompanhe mensalmente para ficar por dentro de entrevistas com convidadas e convidados superespeciais falando sobre saúde mental, cuidado em liberdade e outros temas importantes para a Psicologia. Eu sou a Nathália, jornalista, estudante de Psicologia e editora deste podcast.

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): E eu sou a Gigi, psicóloga e conselheira do CRP São Paulo. Hoje nós vamos receber a Laura Dias, que é representante do Movimento Nacional da População de Rua e a Carmen Lopes, representante do coletivo Tem Sentimento e de realizações ligadas à economia solidária e acolhimento de pessoas trans na Cracolândia. Sejam muito bem-vindas ao Estação Psicologia.

Laura Dias: Olá, boa tarde, aqui é a Laura Dias, muito obrigada pelo convite, espero contribuir muito para vocês.

Carmen Lopes: Oi, pessoal, eu sou a Carmen Lopes, coordenadora do Coletivo Tem Sentimento, que está situado aqui no Teatro de Contêiner. A gente tem um projeto de geração de renda pensando nesta população em situação de rua, entre mulheres cis e trans da Cracolândia.

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Sejam bem-vindas! Estamos muito felizes em poder receber vocês aqui, hoje, para falarmos de um tema muito importante, sobre a população de rua. Tanto quem atua nessa área quanto em outras áreas como a redução de danos, e até mesmo quem observa as ruas, tem percebido e crescimento dessa população.

A gente acessou uma pesquisa do Ipea, que é o Instituto de Pesquisa Econômica Apli-

cada, que nos mostra que a população de rua, desde 2012, teve um crescimento que chegou a 140%, chegando a quase 222 mil em março de 2020. A própria pesquisa, assim como nós, aqui, que estamos diretamente ligadas, percebemos que isso tende a aumentar pela crise econômica gerada pela pandemia de covid-19. Então, gostaria de saber um pouquinho de vocês e as experiências que têm com a população de rua.

Carmen Lopes: Então, a gente vai falar do nosso trabalho, que vem num desenvolvimento desde quando eu começo a trabalhar, em 2013, na Cracolândia, no qual participei da implantação do projeto “De Braços Abertos”. Eu era uma trabalhadora lá. Hoje, eu acabo sendo uma coordenadora, mas, gente, eu venho de política pública. Eu não venho pensando “Ah, vamos fazer uma ação”. Não, eu acredito em políticas públicas.

Hoje, o trabalho que eu tenho, aqui no coletivo “Tem Sentimento”, vem porque eu acreditei em uma política pública, e foi no “De Braços Abertos”. Nosso trabalho vem muito disso, o quanto que você precisa dar autonomia para aquelas pessoas financeiramente. Por isso a gente faz várias ações: a gente faz doações de cesta básica, de kit de higiene. Mas o nosso projeto principal é como gerar renda para estas mulheres, cis e trans. Quando eu falo “o coletivo tem sentimento”, ele não é um coraçãozinho, o “tem sentimento” vai muito além de mulheres, nós somos a maioria sobre os homens na Terra e nós precisamos lutar. E como nós precisamos lutar! Nós já somos a maioria. Tem algo errado nisso. É por isso que a gente quer trazer esta luta desta população. Tanto mulher cis quanto trans. Como lutar, não sendo a minoria? Nós somos a maioria. Como a gente vence essa luta?

Laura Dias: Oi, boa tarde! Meu nome é Laurice Elias Dias, tenho 50 anos, sou uma mulher negra e meu nome social é Laura Dias.

Bem, eu tenho uma experiência devido a muitos problemas. Problemas todo mundo tem, né? Eu tive uma experiência na minha vida. Passei 20 anos no crack. Nesses 20 anos no crack, eu vi como o ser humano é maltratado, é discriminado independente da fraqueza dele pelo problema dele com droga. Qualquer tipo de droga ou substância, ou pela sua “opção” sexual ou por sua cor. Sempre tem algum motivo para um ser humano estar desprezando ou discriminando o outro.

Durante estes 20 anos de crack, eu sofri muito na pele e nesses 20 anos, eu não sabia que existiam políticas públicas. Não sabia que pessoas que estavam na situação que eu estava tinham direitos, como qualquer outro cidadão. E quando eu optei a sair do crack, das drogas, eu optei pela abstinência total. Eu consegui. Foi uma luta muito forte de me encontrar em mim mesma, porque quando a gente luta para sair de um vício é uma luta que a gente trava com a gente mesma, né? Não adianta as pessoas quererem que a gente saia. Tem que ser na sua força de vontade e muita fé para isso. Então, com muita fé e muita força de vontade, eu consegui sair das drogas. Hoje faz quatro anos que eu não uso mais nada, não bebo. Eu bebo socialmente, né? Também não sou de ferro, dá licença. Mas foi nessa minha saída, quando eu resolvi sair do crack, que eu conheci o movimento nacional.

Eu conheci a “Flor do México” primeiramente. Foi uma associação que cuida das pessoas da comunidade que passam situação de rua, onde conheci minha amiga Fran, e comecei a me fortalecer. Lá eu a vi lutando pelas pessoas de rua, pelas pessoas da comunidade e eu falei que era isso que eu queria para minha vida, pois eu nasci para cuidar. Então eu entrei na “Flor do México” e disse que não faria mais. Já estou lá há quatro anos.

Depois fui para São Paulo para este movimento, numa preparação que estava tendo, das pessoas em situação de rua e foi quando eu vi aquele quadro de várias pessoas ali que são julgadas como mendigas como eu era julgada. Eu vi aquelas pessoas todas reunidas, e vi que aquelas pessoas, quando se reúnem, elas têm força. Eu achei lindo ver aquele bando que a sociedade chama de “psicos”, de “mendigos”, reunido, organizado e lutando pelos seus direitos. Coisas que eu nem sabia que

existiam para pessoas que estavam nessa situação. E eu me encantei com isso, com a luta, e eu tomei para mim. Eu falei “é isso que eu quero fazer” e eu fiquei no Movimento Nacional da População de Rua [Movimento Nacional da População em Situação de Rua – MNPR], me tornei coordenadora do movimento.

Fiquei três anos na coordenação do movimento aqui na Baixada Santista e agora nós levantamos uma outra bandeira. Mais uma nova bandeira de luta, que é o movimento que eu estou, sou cofundadora. O nome do movimento dessa nova bandeira é “Movimento Nacional de Luta em Defesa da População em Situação de Rua”. Depois que a gente conhece, a gente sabe que a gente tem direitos. Então eu me apaixonei pela luta, pela causa. Eu não sei mais viver sem isso. Nós fomos com projetos para a população em situações de rua, junto com um grupo de arquitetos da causa, para fazer equipamentos para pessoas em situação de rua. Estão lutando por repúblicas, pelo direito de ter um bebedouro na rua, um banheiro para pessoas em situação de rua. Estamos lutando para que a população em situação de rua tenha pelo menos o mínimo de dignidade possível de que o ser humano precisa, que é beber uma água, usar um banheiro, aqui, isto não tem. Somos tratados como invisíveis. Nós não somos invisíveis.

Descobri que nós juntos temos muita força e depois que eu saí do crack e conheci a “Flor do México”, também fiz curso e sou uma redutora de danos formada pela Unifesp, e estou indo agora para a segunda etapa da formação além de que fui eleita, em São Vicente, como delegada pelo povo de rua. Eu faço parte do “Jornal Vozes da Rua”, desde a fundação. Ele começou a ser fundado na mesma época que eu entrei no movimento, e foi uma ideia que surgiu lá atrás. Há três meses, fui eleita como a presidenta do COMAD de Santos. É o Conselho Municipal de Política de Álcool e Drogas, e agora eu sou delegada também em Santos pela assistência social. Nós tivemos a primeira conferência já, no Centro Pop, para a gente poder ir se preparando para Conferência Nacional de Assistência Social, e nós colocamos os problemas da população em situação de rua, bem claros. Porque a gente quer aproveitar essas conferências para que eles venham enxergar que podemos lutar pelos nossos direitos e nós

estamos aqui para isso. Para lutar por políticas públicas. Esse é o foco.

Nathalia Barbosa: Maravilha, Laura! Olha, um ponto bem importante quando a gente fala em população em situação de rua são os estereótipos que as pessoas, por exemplo, acreditam que quem está nas ruas está ali por vontade própria ou que gosta de receber comida, esmolas. Afirmações que inclusive são reforçadas pela mídia e por autoridades que deveriam garantir a criação e a manutenção de políticas públicas que olhem para essa população. Então eu queria saber de você e da Carmen, quais outros estereótipos vocês percebem e quão afastados da realidade eles são?

Laura Dias: Eles generalizam as pessoas. Eles nomeiam de uma forma só. Eles não entendem que cada ser humano tem uma história. Cada ser humano tem um sofrimento.

Cada ser humano tem um motivo para estar na rua. Eu, por exemplo, foi o quê? Muita pressão desde criança, por muitos problemas. Eu sei que problemas todo mundo tem, mas infelizmente eu conheci o álcool na minha vida quando eu era criança, meu pai era alcoólatra e passei por poucas e boas. Com meu padrasto também. Depois me casei com um marido também alcoólatra que foi ali me incentivar mesmo a usar o álcool. Minha sogra me dava "51" pura, e eu só tinha 15 anos, e tiveram muitos outros problemas que passei. Apanhar de marido, de sogra, de cunhado e vários tipos de problemas que tive na minha vida. Depois eu resolvi me separar, depois que eu me separei, eu conheci uma coisa que eu nunca tinha visto na minha vida, um baile! Aos 28 anos! Mas conheci também o "pó", a cocaína. Uma pessoa que nunca tinha ido num baile na vida. Meu pai era super-rígido. Só tinha problemas, espancamentos, xingamentos e quando eu conheci o baile, nossa, me maravilhei. Comecei a beber ali. "Ah! Vamos dar um cheirinho, é legal!" Aí a curiosidade foi. Adorei porque eu dançava a noite todinha, bebia e ficava bêbada, e não cansava. Eu achei aquilo da hora para quem nunca teve uma experiência fora do casamento na vida. Minha vida era casa, escola, trabalho, trabalho, casa, escola, depois que eu me casei, marido, trabalho, filho... eu nunca vi um baile na minha vida, nunca tinha ido no cinema com 28 anos!

Então ali eu conheci o "pó" e continuou, muitas coisas acontecendo, muitas decepções, a luta para criar os filhos sozinha. Eu acabei, num dia que eu estava muito desesperada, por um problema muito grande, uma angústia muito grande, veio uma pessoa e falou para mim: "Olha, prova isto aqui que você vai ficar tranquila, vai esquecer tudo!" Eu já estava bêbada, já tinha cheirado, foi onde eu provei o crack. Na hora realmente foi um... Viajei, maravilhoso, limpou minha mente. Eu comecei a usar ele como calmante. Quando eu fumava, sabe, me dava aquele momento de paz. Aí, infelizmente, a gente tem aquela ilusão no começo, que é um momento de paz e aí eu me viciiei, infelizmente. Ele tomou conta de mim e eu me enclausurei. Eu me enfiei dentro do craque e não conseguia mais sair. Foi por uma fraqueza. Eu provei por uma fraqueza, achando que ia ser uma solução e me enganei. E dali eu só fui afundando, mas devido a todos os problemas que eu tive antes, eu cheguei a esse problema. Esse limite.

E cada pessoa tem a sua história de vida. Não vou contar tudo o que eu passei, aqui, porque não dá tempo. Tem outras coisas para falar. Mas cada pessoa tem uma história de vida, entendeu, para acabar na rua. E nisso eu fui me afastando da família, porque a gente vai ficando com vergonha que a família veja a gente. E a gente acaba indo para a rua. A gente acha que às vezes (é o meu caso) quanto mais distante eu estava, menos trabalho eu daria para minha família. Mas cada pessoa tem sua história para estar na rua. Seu sofrimento. Cada uma tem seu limite. Por exemplo, hoje tem tantas pessoas na rua por quê? A crise. Vários pais de família, várias mães de família perderam seus empregos, certo? Não podem pagar o aluguel, foram despejados, estão nas ruas.

Vamos contar, aqui, de 100 que estão na rua, uma pessoa acha que a rua é liberdade. Gosta das ruas. Eu não vou dizer que entre as 100, tenha uma, mas não existe generalizar todas. Cada uma tem o seu problema. Cada uma tem a sua história.

Então eu acho que os políticos, autoridades, eles se aproveitam da situação daquela história do um para generalizar todos. Para não terem responsabilidades. Para fugirem de responsabilidade deles. Para fugirem da rea-

lidade. Eles se aproveitam da história de um para falar “Ah, todo mundo gosta!”, não! Não é isso! Cada um tem um motivo. É uma morte na família, uma separação dolorosa, é uma doença, é um desemprego... Cada um tem a sua história própria e tem que ser respeitada, entendida, e não julgada ou condenada. Porque eles condenam as pessoas sem saberem o que elas sofrem. Só quem sabe é quem passa. Eu acho que não cabe aos outros julgar e sim tentar compreender e arrumar uma solução. Que é fácil pisar em quem já está caído. É fácil. A gente não precisa nem tapete porque já está no chão. Então o pessoal vai lá e ainda pisa na nossa cabeça. Então eu acho que a polícia e os políticos fazem isso. Eles usam esse argumento para fugirem das responsabilidades.

Carmen Lopes: É que na verdade tem uma realidade que ninguém entende. Todo mundo quer trazer algo como se você entregasse uma esmola para essa população. E não. A gente quer uma justiça social. Esses dias eu estava atendendo um caso, aí falaram: “Nossa, eu quero ser morador de rua, dona Carmem”. Que eles sabem, eles me provocam... “... Eu quero ser morador de rua porque eles têm doação, isso e aquilo”. Eu falei “querido, você pode ser morador de rua como você quiser. Mas você está preparado para um olhar que vai te discriminar? Um olhar, assim, de que você não vale nada? Você está preparado?” Para esse olhar ninguém está. Porque chega doação, aí tem o morador lá do outro lado, “ai, mas eles recebem muita doação!”, mas ninguém quer estar no lugar deles realmente. Se você pensar é esse olhar que eles dão de desprezo a essa população. É uma coisa, assim, que eles vão no bar pedir água em um copo. Mas não tem. Não tem.

E quando eles vão lá com dinheiro, o pessoal do bar atende eles na calçada. Nem com dinheiro essa população é aceita. Assim, “eu vendo isso para você, mas vai lá na calçada. Não entre no bar. Gente, não entre. Não entre”. O capitalismo, ele também vem com essa forma. O quanto que você agrega ou não agrega. A população de rua não agrega em nada. Eu falei: “Sorte, aí, se você pensar como são excluídas de todas as maneiras”. Não adianta você estar na rua e você ter dinheiro, que eles não aceitam você. Tem uma coisa que é o quanto você vale pelo dinheiro. Mentira! Com o dinheiro também, para

essa população, não é isso que acontece. Eu, Carmen, se eu tiver dinheiro entro nos lugares, vou lá e tal, mas essa população é rejeitada. Ela é rejeitada em todos os momentos. Por quê? É como você se veste. Qual o seu comportamento, né? Eu também tenho essa coisa, “qual é o seu comportamento”? O que você quer progredir na sua vida?”

Mas eu reconheço o “progredir nessa vida”, ela é muito além. Aqui a gente tem trans e não tem oportunidades na vida delas e destas mulheres cis. Gente, eu tenho pessoas aqui que eu falo, tem uma parte que eu chamo de “andorinhas”. As “minhas andorinhas”. Ninguém quer saber das andorinhas. As pessoas querem saber das águias, como elas voam alto, mas eu cuido de andorinhas. Elas voam baixo, mas elas fazem uma diferença muito grande. Eu não trato águias. Não tenho águia aqui. Eu trato de andorinhas, que voam baixo e precisam uma da outra para voar, para a gente conseguir fazer um trabalho. Para mim, gente, política pública é muito importante. Porque eu sei disso.

Eu comecei a trabalhar aqui no projeto “De Braços Abertos”. Eu sei o quanto é importante ter política pública por mais que a gente não tenha, mas nunca vou deixar de apoiar Políticas Públicas. O meu trabalho, ele é pontuado nas políticas públicas.

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Sobre as políticas públicas, queria que vocês comentassem um pouquinho por que tanto a Laura quanto a Carmen valorizaram e trouxeram este tema das políticas públicas, pensando na pandemia? Neste último um ano e meio. Essa época ainda está passando. Vocês acham que as políticas públicas foram de certa forma ampliadas? Ou não? Queria que vocês contassem o que vocês veem, o que vocês têm acompanhado no movimento de vocês, na rua, nos lugares que vocês estão ocupando.

Laura Dias: Em primeiro lugar, deixa eu mandar um beijo para Carmen, que é o nome da minha mãe viu, Carmem? Minha mãe também é Carmem.

Então, como a Carmem estava falando, às vezes as pessoas veem as pessoas em situação de rua recebendo doação, a gente que está na rua não quer viver de doação, né? A gente quer ter direitos. E há pessoas que

acham que a gente precisa, infelizmente, estar na rua. A gente precisa, sim, de um prato de comida, de um cobertor. A gente precisa deste carinho "pidão". Mas a gente não precisa só disso. A gente precisa ter o direito a Políticas Públicas, direito de ir e vir, direito de trabalhar, direito de ter uma casa para morar, de um estudo. A gente precisa desses direitos.

Acho que a política pública boa é um trabalho muito difícil. A política atual só dificulta a nossa situação. Muitos deram a desculpa de que "ai, é pandemia. A pandemia... Não pode isso, não pode aquilo"... Quer dizer eu acho que muitos usaram a pandemia como uma desculpa para dar uma brechada naquele nosso trabalho, nosso movimento, na nossa luta. Mas a gente está conseguindo aos poucos. A gente não vai parar a luta, a gente não vai desistir. Com pandemia ou sem pandemia, nós vamos continuar.

Estamos, continuamos correndo atrás dos nossos direitos. Independente, por mais que políticos venham colocar obstáculos na frente para que não venhamos... para a gente fazer, tipo... vamos lá, vou dar um exemplo, para a gente fazer uma audiência pública, para falar sobre as populações de rua, sobre alguns de nossos problemas, como nós já fizemos aqui, sobre a toma de pertences na população em situação de rua, "Ah! Mas você não pode aglomerar e não pode muita gente!"... Engraçado! Para fazer a campanha política você podia fazer comício. Podia ter centenas de pessoas juntas, né? Podia fazer muitas coisas. Agora, para fazer uma audiência pública para falar sobre população de rua, você não pode ter mais do que cinco pessoas dentro da sala, né? Que a gente não pode nem mostrar o poder, a organização que a rua tem porque a gente já é brechada. Tudo sobre a população de rua realmente é brechado. Então eu acho que eles usaram muito a pandemia para maquiagem o preconceito que realmente existe. Mas isso não tira a nossa força de vontade, a nossa garra de lutar, né? Estamos aí. Continuamos lutando pelos nossos direitos.

Então, o avanço foi mínimo porque é como eu falei no começo: Se sem a pandemia eles já inventam, assim, acham vários obstáculos para nos atender, para poder não nos dar direitos, para poder não nos enxergar, imagina com a pandemia? É um prato cheio que eles

usaram para essa desculpa. Mas nada disso vai diminuir a NOSSA luta. Nada disso vai fazer nós desistirmos dos nossos objetivos. Vamos continuar lutando pelas políticas públicas. Se eles acham que estão nos enfraquecendo, não! Nós estamos nos fortalecendo, que é na dor que a gente se une e se fortalece!

Carmen Lopes: Quando eu falo de política pública, eu penso no SUS, que é uma política pública a que todos nós, brasileiros, temos direito, temos direito à saúde e ao bolsa-família, e quando que a gente quer trazer mais política pública? Porque política pública é os SUS, o bolsa-família e é isto.

Não dá para a gente falar também "a população de rua", se a gente não pensar em política pública. É para isso. Só que as pessoas, elas não entendem como que essa população de rua participa dessas políticas públicas. E participar dessa política pública é ter direito à moradia, ter direito à saúde. É o básico, gente. É o básico e toda a população tem direito. A moradia vem de uma luta de ocupação, né? Como que a gente tem que ver essa ocupação? A gente ocupa aquilo que não está servindo para o Estado. O poder público não cuida desse espaço. Aí, a gente vem cuidando.

Esse espaço, hoje, que o Coletivo Tem Sentimento está, vira uma coisa mesmo de moradia. É um local que o teatro de campanha ocupou e a gente reocupa esse espaço. E esse espaço é um direito de todos. Só que quando você fala "é um espaço de cultura", até você consegue, mas quando você fala "é um espaço de moradia" é difícil, porque ninguém quer dar moradia para ninguém. O Estado não quer dar moradia. O Estado não quer olhar para as pessoas com direito de ter moradia, de ter saúde... Aí, fala: "O Estado está aqui lutando." A gente luta contra o Estado. Porque a gente acredita em direito. A gente está sempre cobrando o Estado por direitos. A gente precisa ver bem o poder público. Ele vacila em vários momentos. Como a gente participa de todos os direitos, né? Porque falar em direito é falar "estamos aqui e pertencemos aqui".

Laura Dias: Como a Carmen falou, política pública é o SUS e o bolsa-família. Pois nem isso eles querem deixar com a gente. Foi uma coisa conquistada com muita luta. Mas é com muita luta que nós estamos tentan-

do manter, o SUS e o bolsa-família, que até isso eles querem tirar da gente. Quer dizer, o pouco que conquistamos com as políticas públicas, querem nos ser tirado. E não é certo, porque nós temos direitos. Os direitos de a gente ir, vir e permanecer também são tirados, porque quando você é da população de rua, você não tem o direito de permanecer naquele lugar porque isto, porque aquilo... Poxa, você não tem o direito de transitar durante o dia porque você vai enfeiar o comércio. Você não pode parar numa praça durante o dia porque o comércio está aberto e as pessoas se sentem ameaçadas com a sua presença, né? Sempre tem uma desculpa. Um propósito que tira a dignidade do ser humano. Porque se a pessoa está em situação de rua, como ela não pode ficar ali? Ela não tem direito de permanecer onde ela está. E muitas vezes, a guarda vem e tira os próprios... como tem numa cidade aí que o próprio vereador está expulsando pessoas em situação de rua, porque ele diz que implica na imagem da cidade. Como assim? Cadê o direito constitucional, da Constituição? O direito de ir, vir e permanecer? A esse direito não faz parte a população de rua. Não faz parte disso. Nós não somos gente, então? Nós não votamos? Não pagamos impostos? A política pública é uma coisa muito difícil. E realmente com a pandemia só vinha, só vem a piorar.

Porque como vocês mesmos sabem, todos sabem, o número da população em situação de rua aumentou demais por conta do desemprego. Nossa, a gente vê famílias completas com criança, em carrinho, crianças no colo, na rua. Essas pessoas não podem pegar e deitar num cantinho, ali, que vem a guarda quer tirar o cobertor, quer tirar um colchão que eles conseguiram arrumar, seus pertences onde têm os seus documentos. Cadê a política pública para proteger essas pessoas? Como eu vou falar que tem política pública? Não tem! Vamos falar que eles estão avançando? Não estão! Não estão avançando, porque nós tivemos agora, semana passada, as pessoas que estavam em malocas. Malocas são quando eles conseguem fazer uma cabaninha para se proteger do frio e do sol, e vem a guarda e chega até a agredi-los. Porque eles não têm que ficar ali. Eles vão ficar onde? Oi?

É onde mesmo que vão ficar? Se não pode ficar na Maloca, se não pode ficar na

calçada, eles vão ficar onde? Aí ninguém quer fazer política pública para moradia para a situação de rua. Tem que fazer uma república, um aluguel social, qualquer coisa que seja, é difícil que eles venham dar atenção para isso. Mas é muito fácil eles mandarem retirar dali para limpar a paisagem, né? Higienização humana. É fácil de fazer isso, né? para eles é mais fácil. Então eu, como Laura, eu digo, políticas públicas para situação de rua não existem. Nós estamos lutando para poder fazer essas políticas. Avanço? Se continuam tendo higienização humana, se nos tiram o direito de ir e vir, se nos tratam nada, invisíveis e lixo, então, cadê a Política Pública? Então vamos continuar lutando para ela aparecer, porque no momento está difícil.

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): A Guarda Municipal lá em São Paulo teve uma ação bem violenta, na Cracolândia. A história da água, mas lá eles têm uns caminhões gigantes assim, é muito espaço, e é assustador derrubar tudo também, né? Acho que já falaram um pouquinho mas podem complementar.

Laura Dias: Infelizmente aqui, como vocês sabem, é generalizado. Acho que todas as histórias. Eu quero ouvir assim, falar: "Olha, essa cidade não tem isso". Eu quero ver isso! Mas até o momento que eu saiba, todas têm. A Guarda (Civil) chega, até como você sabe molhando as pessoas, jogando água para que elas saiam daquele lugar, ameaçando como companheiros nossos que já foram vítimas de spray de pimenta. No rosto para se retirarem porque estavam numa praça. Eles cuidando e zelando a praça, que é um patrimônio público, eles não tiveram o direito de ficar naquela praça, onde eles mesmos cuidavam da praça, do banheiro. A guarda chegou e falou que eles não tinham direito de ficar lá. Aí os agrediram com palavras e spray de pimenta, né, sendo que ao mesmo tempo do lado deles tinha um grupo de idosos jogando damas e eles poderão ficar, sendo que os nossos companheiros estavam limpos, cuidavam da praça e foram retirados com extrema violência, recolhendo seus pertences. Quer dizer, o direito que cabe na hora do voto é igual a todos.

Na hora da realidade, o preconceito é muito grande. É o direito de ir, vir e permanecer da pessoa em situação de rua, ele não

existe. Nós somos tratados como lixo, como a Carmem falou lá eu já passei isso na pele, ser chamada como “lixo”, de pedir um copo de água e ser negado, e de quando pedir um copo d’água a pessoa te dar água e jogar o copo fora. Já te dá aquele copo de festa, de alguma coisa, entendeu? Copo de vidro, se não tiver copo de festa, descartável, eles não te dão água, como se você tivesse uma doença terrível. É horrível a gente passar isso na pele. E a gente está lutando, sim, para termos banheiros para a população em situação de rua. E bebedouros. Porque é o mínimo de dignidade possível, porque é fácil chamar a pessoa em situação de rua de “porco”. Claro! “Ai que porco, fez isso aqui, aquilo ali”... então dá um banheiro para que a pessoa possa usar. É o mínimo de dignidade possível como ser humano. Fazer suas necessidades em um banheiro. Ter uma água para beber. Então isso é política pública. A gente lutar por esses mínimos direitos que a humanidade precisa, gente.

Carmen Lopes: O Estado é o maior violador de direitos e que deveria cuidar dessas pessoas, acaba o Estado mesmo oprimindo. Porque, hoje, essas pessoas são tratadas através da segurança pública, infelizmente o tratamento que Estado tem para elas é isto, a segurança pública, tanto que agora, para a GCM, vai ser comprado um fuzil para a GCM. Isso é um absurdo. GCM com fuzil? É lógico que o Estado tem isso. Ele é opressor. E quando a gente até luta, a nossa luta não é só para garantir o direito das pessoas, mas a nossa luta também é contra o Estado. Conta essa opressão que ele faz com essa população.

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): A gente sabe que a sociedade é toda estruturada por vários padrões que trazem preconceitos. É estruturada por esses padrões racistas, machistas, LGBT fóbicos, sexistas. Como que você vê as mulheres em situação de rua? Como que elas resistem a essas violências, essas opressões? O que você vê de diferença entre uma mulher na rua e um homem? Como que é? Como que ela consegue resistir a isso, sobreviver e resistir a essas operações, essas violências?

Carmen Lopes: A mulher devia ser proibida de estar em situação de rua. Eu falo proibida não para ela, mas o Estado não devia permitir isto, porque para a mulher a situ-

ação de rua é muito complicada. O banheiro. A mulher não tem acesso a um banheiro. Isso é muito difícil. Um homem encosta numa parede e ali ele faz as suas necessidades. A mulher, não. A mulher precisa agachar, tirar as calças e é muito triste quando você passa e você vê este momento. Uma mulher em situação de rua fazendo as suas necessidades fisiológicas, porque precisa fazer. Precisa. Se não tem banheiro, gente, vai fazer na rua. Então para uma mulher a rua é muito mais difícil do que para um homem. E a mulher, ela sofre a violência. E essa violência não é só na rua. A mulher na sua casa também sofre com essa violência e a mulher, na rua, ela acaba ficando com o parceiro para se proteger dos outros homens. E eu sempre falo que a mulher, ela tem essas agressões físicas tanto para as trans, como para as mulheres cis, a mulher, ainda, para ela se defender, ela ainda é mais frágil, nessa violência.

A trans, ela ainda consegue se defender fisicamente, apesar do preconceito ser maior para uma trans na rua, porque a população em situação de rua é conservadora, viu? Dá para você perceber que é uma população bem conservadora. Eu acho que é complicado até esse conservadorismo dessa população em situação de rua. Lá no coletivo, as meninas que entregam os marmitex, as ações que a gente faz, as ações sociais, são as meninas, e fazemos trabalho atendendo essa população, e no começo foi muito difícil para essa população aceitar uma trans que está entregando a sua alimentação. Aí tinha xingamento, tinha briga. Mas eu falei com as meninas: “não vamos desistir, vamos continuar entregando”. Hoje ainda tem algumas tretas, mas bem menos do que no começo.

Hoje a população que vai ali, que a gente entrega cobertor, alimentação, kit de higiene, sabe que quem está ali à frente são mulheres trans. Então eu acho que precisa até... eu acho que você precisa colocar mais essas trans também fazendo essas atividades, para essa população se acostumar, “não, uma trans também, ela tem um papel social, junto a essa população”. Mas é... Bem, de violência, gente, é constante na rua.

Laura Dias: A gente sabe que a rua, ela é muito difícil realmente, tanto para homem quanto para mulher, mas para mulher todos

sabemos que é bem pior, que a gente está na rua e a mulher já é minoria. As pessoas já veem a gente como objeto de troca. Eles acham que se a mulher está na rua, ela tem obrigação de se trocar, de se vender. E quando não acontece isso, às vezes a gente é violentada ou até mesmo estuprada, ou a gente apanha, ou como no meu caso, já recebi várias ameaças verbais, vários xingamentos por não ceder. Os homens acham que têm direito sobre nós, que nós somos objetos de troca, objetos sexuais, assim, sem muita importância ou sem muito valor, que você é obrigada a se dar, ou a se trocar, ou se vender. Porque você está na rua, entendeu? É tratada realmente como um objeto descartável, que eles podem usar e te jogar fora, porque eles acham que eles têm esse direito sobre a gente. Então, a gente... então, é muito difícil a vida da mulher na rua.

A situação da mulher... então a gente para se defender, a gente geralmente procura arrumar um parceiro, porque se é para ser estuprada, ou xingada, ou espancada por outras pessoas, a gente procura um parceiro. Eu fiz isso. Eu procurei um parceiro porque achava que me sentia mais segura, que ia ficar mais segura com ele. No começo foi, claro, mil maravilhas. Mas depois foi aquilo. Foi cárcere privado, virei uma escrava sexual dele, passei por cárcere privado e ele depois de um tempo me mostrou que não era meu príncipe que me protegia, mas sim um carrasco que me prendia, porque eu não podia sair de perto dele, não podia sair do local que nós estávamos, que se ele pegasse na esquina, ele me levava nas costas e me trazia de volta, me proibia de sair de onde eu estava, ele que escolhia quem entrava, quem saía, se eu fumava ou não fumava, me fazia tortura psicológica.

Às vezes eu queria fumar, ele me torturava, estava fumando e eu não. Quer dizer, é difícil, muito difícil para a gente, às vezes, quando a gente pensa que está arrumando um parceiro para nos proteger, estamos arrumando um carrasco particular. Mas, enfim, vários, a gente opta por um, infelizmente, muitas vezes é a nossa única saída, isso se torna um... Na rua, no crack... A gente na rua, a gente não tem o direito de higiene básica mínima, a gente quando está menstruada... É horrível uma situação que a gente se sente suja, nojenta, independente de quando a gente usa o crack, a gente realmente... Veja, eu digo por

mim. Não vamos falar “a gente”. Não vamos generalizar. Que não é o nosso intuito. Eu digo por mim. Quando eu usava o crack, eu ficava dois, três dias sem tomar banho. Então não tinha também lugar para tomar um banho, para você se trocar... Eu não conhecia o que era o Centro Pop. Eu não conhecia que existia...

É onde eu falo. Eu não sabia que eu tinha direitos. Eu não sabia que existiam esses equipamentos para mim. Então na minha situação era muito ruim, na hora da higiene básica. Para mulher é muito mais difícil que para o homem. A vida da mulher na rua é horrível. É muito difícil mesmo. Você sofre preconceito de todos os lados. Mulher quando engravida na rua, as pessoas acham que ela não tem o direito de estar com a criança, porque eles acham assim... tipo... eu conheci mulheres que eram usadas como barriga. Como barriga de aluguel. As pessoas sabiam que ela engravidava fácil, então só ficavam esperando ela engravidar para irem tomar a criança, como você faz com um cachorro para vender os filhotinhos, sabe? Em São Carlos. Então, infelizmente eu conheci mulheres que passaram por essa situação, e eu na minha última gravidez. Do meu último filho, eu engravidei no crack, mas graças a Deus eu consegui me manter, consegui manter meu filho, consegui ter ele, melhorei a minha cabeça depois que ele nasceu... Há muitos obstáculos para a mulher que está na rua e a gente é muito desvalorizada, sabe?

Nathalia Barbosa: É muito forte o seu depoimento, Laura. E é por isso que, ouvindo sua fala, penso então que é por isso que é tão necessário a gente ter os movimentos. Movimentos, aí, que se articulam nesses processos para que essa população tenha acesso a esses direitos, porque eles existem e eles precisam ser melhorados também. Então aproveitando já para te perguntar como é que esses movimentos, que você vê, né, que esses movimentos se articulam na rua com relação a esses processos de cuidado em complemento às políticas públicas, então, esses consultórios na rua, o próprio SUS, o Pop... Como que você enxerga que os movimentos se articulam com essas políticas públicas?

Laura Dias: Eu acho que nós do movimento, a gente pode fortalecer a população em situação de rua deixando eles cientes dos

direitos, que é o direito que ele tem e mostrar para eles falando, ensinando, o que existe para atendê-los. Porque na minha época, eu não sabia o que existia. Eu só sabia que existia crack, só sabia que eu era um lixo, só sabia que eu estava lá no chão. Mas eu não sabia que existia um equipamento que cuidaria de mim. Eu sabia do Naps, que eu pirei e fui para o Naps. Eu nem sabia que existia o CAPS. Depois que eu fui para o Naps, que eu me internei por um surto, aí eu fui mandada para o CAPS, por uso de drogas. Mas eu não sabia que existia nada disso. Aí depois que eu comecei a sair do crack que eu fui conhecer o que é um Centro Pop. Mas na época eu não sabia.

Então acho que a gente, como um movimento, a gente lutando pelos direitos e políticas públicas, eu acho que a gente tem como obrigação de todo o movimento, de uma pessoa que luta pela situação de rua, deixá-los cientes de que existem esses equipamentos. A gente está também conscientizando a eles que esse equipamento é para nós. Nós temos que cuidar. Nós temos que respeitar, temos que nos dar o respeito. Porque a gente está agora lutando, já pedimos aqui uma audiência pública para banheiros e bebedouros. Mas como eu falei com o pessoal, tanto da rua como o pessoal do Comad, como com a própria rua, que estou em contato sempre, eu mandei fazer uma conscientização da população em situação de rua, que é para eles, que eles têm que cuidar. Porque quem tem direitos também tem deveres. Temos direito de ter, mas também temos o dever de cuidar.

Então acho que o movimento é para isso. Para te mostrar teus direitos, que você tem direito, mas que você tem deveres. E cuidar daquilo que você conquistou, porque se você não cuidar do que você conquistou, como é que você quer ter direito de alguma coisa? Que independente de você estar na rua, que você tem uma responsabilidade mínima, que é o cuidado que você tem, respeitar quem te ajudou a conquistar aquilo. Respeitar as pessoas dos equipamentos, saber que existem e respeitar quem está trabalhando no equipamento. Quem está trabalhando na rua. Amo o consultório na rua. Sou fã do consultório na rua. Sabe, é um povo maravilhoso que cuida com carinho, com amor. Eu só tenho mesmo a falar que eu amo o povo do consultório na rua. Então a gente tem os direitos de estar dialogando com

a rua, mostrando para ela que ela tem direito, onde estão os equipamentos e o que ela tem que fazer para mantê-los, para dar o respeito e para ser respeitada. Eu acho que uma das obrigações do movimento é essa.

Carmen Lopes: O coletivo, ele não colabora com políticas públicas porque o nosso coletivo colaborar com políticas públicas seria a primeira coisa. O poder público teria que escutar e ter um olhar para o coletivo, e isto não acontece. Então acaba que hoje o coletivo, em si, ele ainda está dando os primeiros passos. Então, nesse momento, eu sinto que a gente não está colaborando, apesar de a gente estar fazendo um trabalho. Eu acho que vai chegar o momento que o coletivo vai se envolver mais, mas agora, eu posso até estar errada, mas eu acredito que não. A gente não tem contribuído com políticas públicas, mas futuramente eu acredito que o coletivo vai ter um papel fundamental de cobrar e até mesmo de colaborar com as políticas públicas. Neste momento, o coletivo não faz esse papel.

Nathalia Barbosa: Apesar de não ter uma interferência direta, como você está falando, aí, do coletivo em relação às políticas públicas, porque é um espaço que é negado ao movimento ter um papel importante no momento de comunicar, de informar para essa população que ela tem esse direito, que existem equipamentos que estão ali, que estão prestando algum tipo de serviço, tem os consultórios na rua, enfim. Existem outras potencialidades ali acontecendo. Você acredita que esses equipamentos precisam ser mais divulgados? Eles precisam ter mais espaço? Para que essa população saiba que ela tem direito a ele?

Carmen Lopes: Não, eu não acredito em ser mais divulgado. O que precisaria ter é que o trabalhador acabe tendo mais autonomia, porque a gente vê o trabalho de consultório na rua... é maravilhoso e é muito importante para essa população e quando a gente fala "divulgar direito", tal, mesmo quando a pessoa, ela vá no local, ela sabe que ela tem direito, ela acaba saindo de lá com o direito negado, porque a população, ela sabe onde estão os equipamentos. O que tem que ser feito, eu acho, é um atendimento mais qualificado com essa população. O que não é você chegar no lugar, "não tem vacina", mas se tem uma pes-

soa atendendo, ela fala “Olha que não tem vacina, mas você vai nesse endereço que lá tem”. É isso que eu falo quando você direciona a pessoa e eu acho que nos equipamentos falta muito isso.

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): E agora chegou o momento de um quadro muito

especial, que é o Psicologia no Dia a dia. E hoje nós vamos receber a Camila Innecco, que é psicóloga analista técnica da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP SP. Seja bem-vinda, Camila.

Camila Innecco: Olá, obrigada! Estou muito feliz de poder participar. Poder ter mais este espaço dentro do Conselho para a gente, enquanto psicóloga analista técnica, poder passar as orientações com as quais eu trabalho, que a gente faz para a categoria.

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Muito bom! Camila, hoje, então, o tema do nosso podcast, trazendo agora para a atuação profissional, o que a gente queria saber é o papel da Psicologia no combate às suas práticas punitivas, discriminatórias e que restringem os direitos da população em situação de rua. Queria que você falasse um pouquinho sobre isso.

Camila Innecco: Então, acho que foi muito interessante a fala das convidadas, de trazerem essa realidade, porque é a realidade que psicólogos que atuam nos serviços enfrentam, então, assim, o código de ética já vai dizer, lá nos princípios fundamentais, como a Psicologia deve combater qualquer tipo de forma de discriminação, exploração, violência... então, especialmente nesse tipo de serviço, uma conduta ética, profissional, vai influenciar na garantia de direitos humanos, então os psicólogos têm que ter esse olhar crítico sobre essas relações de poder e atuar justamente para poderem enfrentar essas discriminações que a população de rua enfrenta, então, assim, entender mesmo qual é a demanda dessa população, porque a gente entende que esse trabalho é um trabalho contínuo de negociação e de acordo.

O profissional, ele tem que entender qual que é a necessidade e é isto que as convidadas falaram, que eu acho que é a parte mais importante, de fazer as pessoas terem noção dos direitos que elas têm e onde elas podem acessar, quais são estes serviços? Então o

psicólogo que tem que estar atento a essas questões, e acho que reforçar que não deve ser utilizado nenhum tipo de prática punitiva ou restritiva, porque já é uma população que tem os seus direitos violados e o papel da psicóloga é justamente tentar combater isto.

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Camila, e como que a Comissão de Orientação e fiscalização do CRP pode auxiliar as trabalhadoras que atuam nesses equipamentos de atendimento da população em situação de rua?

Camila Innecco: É, então, a gente recebe muita demanda de psicólogos que atuam nesses equipamentos. É pedido de orientações, principalmente as dificuldades em relação a recursos para prestarem o serviço. Então desde condições materiais, estruturais, mas também a respeito da segurança e integridade física e mental, né? A gente sabe que por estarem atuando nesse contexto, vivenciando diariamente situações de risco, vivenciando também situação de violação de direitos, a carga emocional que recai sobre trabalhadores também é ainda maior. Também é importante olhar para esses psicólogos que estão atuando nesse contexto. E a gente sempre fala que o diálogo é muito importante tanto quanto a gestão da própria equipe do serviço, os outros profissionais, que o psicólogo não atue sozinho, mas que ele sempre vise a esta articulação, não só com o próprio serviço, mas toda a rede e todo o território, reconhecendo que órgãos podem ser acionados nas mais diversas situações e realizando essa articulação. A gente orienta também, sempre quando tiver alguma dificuldade no manejo de casos, buscar recursos, aprimoramento, supervisão, biografia, a gente tem várias referências. Se tiver alguma questão trabalhista, a gente orienta também a buscar os sindicatos dos Psicólogos do Estado de São Paulo, e é isto.

Tendo alguma necessidade de orientação sobre a ética e legislação profissional, a Comissão de Orientação e Fiscalização está sempre à disposição para auxiliar as psicólogas. Neste contexto, acho que tem duas referências principais que a gente sempre orienta os psicólogos a verem, o caderno de orientação do CRP SP para atuação de psicólogos na Assistência Social e tem também um posicionamento do CPF contra os retrocessos, pelo cuidado a pessoas em situação de rua, de

2020. Mas todas essas referências e outras também estão no nosso site do CRP SP, então é sempre importante os psicólogos estarem atentos a estas referências. Este quadro, destas orientações, a gente fez a partir da escuta das profissionais, de psicólogos que entram em contato com a gente.

Então se você, profissional, está precisando de orientação, de escuta, se tiver alguma demanda, entre em contato com o Conselho. É muito importante que você busque a sua subsede, então, no nosso site tem os endereços de e-mail para cada subsede. Também tem o nosso FAQ com várias questões, várias dúvidas e é isto, o Conselho está aqui para orientar os psicólogos.

Nathalia Barbosa: Obrigada, Camila! Até a próxima!

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Pessoal, então queria agradecer muito a presença de vocês, hoje, falando sobre este tema tão importante, sobre a população em situação de rua, ainda mais neste momento que estamos vivendo no nosso país. Eu, novamente, em nome do Conselho de Psicologia de São Paulo, muito agradecida.

Carmen Lopes: Eu quero agradecer o convite. Eu acho bem importante quando a gente traz essas discussões para que todas as pessoas tenham uma reflexão do quanto é difícil você estar em situação de rua, você ser uma trans em situação de rua e você ser uma mulher em situação de rua. Hoje eu ouço algumas pessoas falando "Ah, eu queria ser morador de rua porque recebem água, cobertor e alimento e não precisa pagar aluguel". Aí eu ainda falo para a pessoa "Se você acha que você vai ter isso e você vai suportar o olhar de desprezo que a sociedade tem para você, querido, pode vir", porque a população em situação de rua, ela tem um olhar de desprezo da sociedade, infelizmente, a gente, aqui no Brasil, a gente não tem justiça social. O que a gente faz, muitas vezes, eu falo, o nosso trabalho, muitas vezes, fica naquela antiga teoria de caridade, e o que a gente procura é justiça social para essas pessoas. Que elas possam ter moradia, que elas possam ter educação. É muito importante a educação, eu sempre falo que conhecimento, ele não tem preço. Então eu espero que tenha sempre uma reflexão, como a gente busca justiça social para essas

pessoas? Muito obrigada pelo convite!

Laura Dias: Queria agradecer também, eu sou Laura Dias e como a nossa amiga Carmen falou, as pessoas veem as pessoas receberam, alguma vez ou outra, doação na rua, acham que a pessoa está na rua porque quer, e quer morar na rua porque lá não paga água, luz, aluguel e ela recebe as coisas, só que elas não veem o outro lado. Elas são maltratadas, são discriminadas, são violentadas, são agredidas verbalmente e fisicamente, o preconceito é muito grande, o olhar de nojo para as pessoas de rua, sabe, é horrível, é muito dolorido, dói mais do que uma palavra, claro. Sabe, aquele olhar de desprezo, as pessoas de rua, para muitas outras pessoas, são invisíveis, como se estivessem passando por uma pedra, ou um saco de lixo. Alguns, são poucos, que tratam a gente com carinho, com amor, como ser humano que nós somos. E muitas pessoas falam que só vai para a rua porque ele quer, não é! E eu vou até comparar outro caso que eu ia contar e acabei esquecendo. Fui na brigada emergencial de inverno, que teve aqui em São Vicente, e aí eu escutei uma história de um senhor também muito triste, porque estava na rua e estava chorando muito. Ele foi para a rua porque amava demais a esposa dele, era muito feliz com ela e ela faleceu. Ele não aguentou o baque, de ser os dois sozinhos. Ele levou o corpo dela para ser enterrado em São Paulo e por lá ficou. Ele ficou tão triste, tão desesperado, o baque de perder a companheira, a única pessoa que ele tinha foi tão grande, que ele falou, para a gente, que ele ia dormir no cemitério com ela. Ele passou noites e noites dormindo no cemitério com ela, conversando com ela, perguntando se ele precisava fazer alguma coisa, levando vela, levando água, levando flores e todo mundo em cima dele, que era louco, até conseguir sair do cemitério, demorou um bom tempo para que ele conseguisse aceitar que tinha que deixar ela ali e sair daquele cemitério. Ele voltou aqui para São Vicente, mas nunca mais foi o mesmo, entendeu? Se entregou ao álcool, não consegue voltar para casa, que ele disse que não se vê sozinho dentro de uma casa. Então, cada pessoa tem sua fragilidade. Cada pessoa tem o seu problema.

Então as pessoas acham que a pessoa vai morar na rua porque é bonito, porque é gostoso. Não é! Eles têm que se conscientizar.

Cada um tem o seu problema. Eu achei muito, muito de grandíssima importância este nosso encontro, aqui, esta nossa conversa, porque as pessoas têm que saber que a rua tem pessoas iguais a qualquer outra, cada uma com uma dificuldade maior do que a outra. Que a rua tem que ser respeitada, tem que ser olhada. A pessoa que está na rua, ela tem direitos, é um ser humano, ela precisa de um carinho, de um cuidado, de uma mão amiga, de um ombro, de um ouvido pelo menos, uma palavra. Foi muito importante estar aqui com vocês, agradeço muito a todos, Carmem, beijo! Eu amei te conhecer! Quero o teu número, aqui, para a gente poder estar conversando. Passa aí para as meninas passarem para mim, está bom? Manda um beijo

para aquelas meninas lindas que estão lá com você, e força! Vamos continuar lutando. Porque juntos somos mais fortes!

Nathalia Barbosa: Obrigada, gente! Queria agradecer também a presença de vocês e para você que chegou até aqui, seja muito bem-vinda, muito bem-vindo. Nós nos encontramos no próximo episódio. Enquanto isso, não deixe de nos acompanhar nas redes sociais do Conselho e em nosso site www.crpsp.org.br.

Este foi o Estação Psicologia, o podcast do CRP SP.

EP 02 | Cuidado em liberdade: Pandemia, sofrimento psíquico e suicídio

O segundo episódio do podcast Estação Psicologia traz à discussão os processos de sofrimento e de adoecimento mental tendo como desdobramentos as práticas de lesões autoprovocadas no contexto de pandemia pelo coronavírus. Para isso, contamos com a participação de Maria Júlia Kovács, psicóloga (CRP 06/2566), professora aposentada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) e fundadora do Laboratório de Estudos sobre a Morte (LEM). Além disso, também contamos com a participação de Maelison Silva Neves, psicólogo (CRP 18/01571), doutor em Saúde Coletiva e pesquisador do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT).

A discussão contextualiza aspectos que configuraram os processos de sofrimento e de adoecimento mental da população, apresentando aspectos em níveis subjetivos, sociais e políticos que se intensificaram no período de pandemia. A compreensão do que é saúde e doença deve considerar as múltiplas possibilidades da realidade biopsicossocial experienciadas individualmente e coletivamente, neste sentido, a pandemia agravou os casos de desigualdade e violência no meio social – relativas às questões étnico-raciais, de gênero, LGBTQIAP+fobias,

Autoria:
Mônica Cintrão França Ribeiro
Ione Aparecida Xavier
Talita Fabiano de Carvalho
Fernanda Garcia Estevez

relações familiares, educacionais, entre outras – evidenciando a fragilidade e sucateamento das Políticas Públicas de assistência social e atenção à saúde.

Importante refletir que o suicídio e as violências autoprovocadas são questões de saúde pública e devem ser tratadas de forma ampla em ações que vão desde a prevenção até a posvenção, os cuidados estendidos aos familiares e à comunidade.

Considerando o suicídio como um tema sensível e permeado por tabus sociais, a Comissão de Orientação e Fiscalização (COF) do CRP SP fornece orientações para casos sobre o tema e, ainda em caso de dúvida, recomenda que se busquem recursos adicionais para se aprimorar a capacitação, tais como supervisão clínica e bibliografia relacionada à temática, sempre se fundamentando em referenciais da ciência psicológica. As dúvidas e os procedimentos realizados neste contato com a COF são registrados pelas/os Psicólogas/os Analistas Técnicas/os (PATs) e são fornecidos materiais produzidos pelo CRP SP sobre o tema, como Resoluções, Cadernos Temáticos, Lives e Cartilhas, com intuito de auxiliar e dar suporte necessário à categoria.

Podcast: Estação Psicologia

Episódio: 2

Tema: Pandemia, sofrimento psíquico e suicídio

Tempo: 01:08:45

Âncoras: Annie Louise Saboya Prado e Nathalia Barbosa

Entrevistadas: Maria Julia Kavács, Maelison Silva Neves e Camila Innecco

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Olá! Está começando o Estação Psicologia, o podcast do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Nathalia Barbosa: Nos acompanhe mensalmente e fique por dentro de entrevistas com convidadas e convidados superespeciais falando sobre saúde mental, cuidado em liberdade e outros temas importantes para a Psicologia. Eu sou a Nathalia, jornalista, estudante de Psicologia e editora deste podcast.

Gigi: Eu sou a Gigi, psicóloga e conselheira do CRP SP. No programa de hoje, quem embarca com a gente no Estação Psicologia é Maria Júlia Kovács, psicóloga, professora no Instituto de Psicologia da USP e fundadora do Laboratório de Estudos sobre a Morte. Bem-vinda e obrigada por aceitar o nosso convite!

Maria Júlia: Boa tarde para todos. Quero agradecer o convite. É um grande prazer estar aqui com vocês. Eu sou professora aposentada, mas continuo professora no Instituto de Psicologia da USP.

Nathalia: Recebemos também a presença de Maelison Silva Neves, que é psicólogo, doutor em Saúde Coletiva e pesquisador do Núcleo de Estudos Ambientais, Saúde e Trabalho do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Mato Grosso. Obrigada e seja muito bem-vindo!

Maelison Silva: Muito obrigado. Eu fico honrado pelo convite, é um prazer também estar aqui dialogando com Maria Júlia e todos vocês do CRP São Paulo.

Gigi: Estamos muito felizes em poder receber vocês aqui.

Começando, trouxemos um dado, aqui, da OMS, Organização Mundial da Saúde, que diz que apenas 2% da verba destinada à área da saúde é investida em saúde mental. No Brasil, uma das consequências está

nos números: a cada 46 minutos, uma pessoa tira a própria vida e mesmo não sendo um cenário novo, o suicídio ainda é uma das principais causas de morte entre jovens de 15 a 29 anos, em todo o mundo. Profissionais acreditam que 95% dos casos estão ligados a questões de sofrimento mental.

As razões que levam a população brasileira a esta triste realidade são múltiplas, muitas vezes em função de uma experiência subjetiva de sofrimento agudo. As implicações da pandemia de covid-19 podem intensificar essa experiência e é sobre isto que nós vamos conversar hoje.

Então queria começar já perguntando para vocês sobre este cenário, assim, da pandemia. As desigualdades sociais não são uma novidade. Talvez sejam até uma característica intrínseca deste modelo que a gente vive e que temos hoje. Na opinião de vocês, na visão de vocês, a pandemia deixou isso mais evidente?

Maria Júlia: Sim! A desigualdade sempre existiu, mas a pandemia está intensificando isso de uma maneira bastante forte, também por conta do manejo de várias situações de saúde que a gente sabe que estão problemáticas e principalmente em relação à questão da saúde mental. Então, pensando na pandemia, na questão de isolamento, na questão do não acesso possível a uma série de circunstâncias, a gente tem um caldeirão, aí, que aumenta o sofrimento, com certeza. O sofrimento mental e existencial, e dificulta também a busca de ajuda.

Então isso é uma situação que a gente tem que considerar. Não obrigatoriamente vai resultar num suicídio, mas está, com certeza, resultando em sofrimento. E às vezes não detectado. Então isso a gente precisa cuidar, sim!

Maelison Silva: De fato quando a gente olha as estatísticas de saúde mental, de

suicídio... na verdade, de adoecimento mental, a gente observa que já havia uma tendência mesmo à elevação de sintomas, de queixas e de uma forma generalizada, por exemplo, os afastamentos do trabalho por motivo de saúde mental, de adoecimento. Eles chamam de transtornos psicológicos, psiquiátricos e comportamentais, mas esta dimensão do sofrimento das pessoas relacionado ao trabalho estava crescendo consideravelmente e quando a gente olha para a sociedade em que estes dados estavam se expressando como a tendência de crescimento, ou indicativo de um aumento do sofrimento, tem que as pessoas, a gente observa também, uma sociedade que vai diminuindo consideravelmente o suporte de uma ideia de Estado de bem-estar social.

Políticas de proteção ao trabalho sendo modificadas, trazendo outras condições de trabalho, as políticas de fiscalização que, quando a pandemia chega, você tem uma porrada muito forte sobre estes dados que já eram graves. O que a emenda constitucional 95 trouxe? A precariedade das políticas públicas e para o SUS fez falta, agora, porque faltou dinheiro para a gente ter um suporte. As verbas foram liberadas e a gente está descobrindo agora para onde elas foram. Elas não foram para a saúde pública. Foram para um monte de coisas, também para reforma de quartéis, mas não foram para a saúde pública, e este dinheiro fez muita falta. Para não monopolizar, é só para jogar uma provocação. Tem sido feita uma associação muito forte de suicídio e de transtornos mentais com o isolamento social. Inclusive como argumento de dizer que não deveríamos ter feito isolamento social de forma alguma, e se hoje tem muita gente sofrendo, a culpa é desses políticos. A gente precisa debater sobre isso.

Nathalia Barbosa: A gente sabe que o entendimento do que é doença é diferente para cada parcela da sociedade e enquanto para alguns o estar doente, ele primeiro é uma ausência de bem-estar físico, para outros a doença pode significar não ter comida na mesa, a ausência de um sustento da família... Então, queria saber de vocês como as pessoas experimentam a doença de diferentes formas?

Maelison Silva: Você toca num depoimento superimportante, que tem a ver porque

as pessoas, na pandemia, se agravaram para além do vírus. Para além de sintomas da doença e porque, por exemplo, aquelas parcelas da população tiveram maior letalidade, adoeceram mais, sofreram né... Partindo da saúde coletiva, tem dois grandes paradigmas que eu acho que são muito importantes para este debate na saúde coletiva e vão inclusive para além daquelas noções... Para além da ideia de ausência de doença, mas isto já é um consenso.

Mas mesmo naquele modelo do Estado de bem-estar biopsicossocial, uma prisão quase utópica, quase difícil de se atingir e sem detalhar muitos elementos, o paradigma dos determinantes sociais da saúde vão trazer uma perspectiva mais concreta do que significa esta última dimensão, multidimensional e complexa, o que envolve desde aspectos de fato biológicos, da corporalidade e da condição psicológica das pessoas, mas aspectos de moradia, de emprego, de educação, de possibilidade de exigir praticar atividades físicas, possibilidades de ter um emprego seguro, de um ambiente de trabalho seguro, você vai estar trazendo uma série de elementos, desde inclusive o aspecto urbano do lugar onde você mora.

Você tem muitos elementos que vão se conectando. Saneamento básico, enfim. Eu poderia listar várias coisas, mas é então para a gente entender que saúde, ela não é uma dimensão individual, e não é uma dimensão biológica. Aquilo que se expressa em nível do corpo, em nível da biologia ou do psiquismo, é um resultado final, digamos assim, deste conjunto de interações de modo que por isto, na minha fala inicial, eu dei muita ênfase ao fato de que se esta pandemia nos deu uma porrada tão grande... Ela [a porrada] começou antes, na academia, que foi a desestruturação das políticas públicas e que, retomando uma frase que vocês trouxeram na fala anterior, a desigualdade é estrutural e é estruturante do tipo de sociedade que nós vivemos. Que para dar nome aos bois, entre aspas, é esta sociedade do capital, sociedade capitalista que, no caso do Brasil, amarga ainda hoje uma herança colonial escravista.

Então nós temos as marcas da colonização, as marcas de escravismo, as marcas do patriarcado como determinantes sociais da saúde que vão também expor as mulheres, as

pessoas negras, os povos indígenas... Aí você comprometeu outros extratos de maior vulnerabilidade, como a população LGBT, a uma condição de maior vulnerabilidade social, e isso se relaciona fortemente com uma maior vulnerabilidade ao sofrimento social, ao sofrimento psicológico, ao adoecimento inclusive físico.

Maria Júlia: Bem, eu acho que a análise sua é perfeita, eu não sei se eu teria o que complementar neste lado, mas eu queria trazer uma discussão sobre a questão da subjetividade dentro de todo este contexto de desigualdade, de sofrimento de vulnerabilidade... Então, nós temos uma pessoa. Uma pessoa que vive esse processo e que necessita, num certo momento também, que a gente possa se debruçar sobre a sua narrativa, sobre a sua história, sobre a maneira como ela significa cada uma dessas situações, de forma que a gente possa trazer uma perspectiva de cuidados também vinculada a esta necessidade.

Então eu penso que tanto, vamos dizer, a questão das políticas públicas pesa nesse macro, no sistema de entender o que seria desigualdade, mas também como que este discurso próprio pode trazer melhores condições de a gente entender também o que seria o sofrimento existencial de cada uma das pessoas que compõem esse grupo. Porque essa escuta também não tem sido oferecida, vamos dizer, naquilo que cada pessoa também precisa, e isto vai ser muito importante quando a gente estiver discutindo, por exemplo, a questão da ideação, tentativa e do suicídio que resulta em morte. Para que a gente não caia em nenhum discurso somente do ponto de vista de uma sociedade que maltrata e tal, mas também de uma pessoa que não está sendo atendida naquilo que é importante e básico do seu existir. Isso tem acontecido e a gente vê, infelizmente, os números crescendo de uma maneira exponencial e um discurso dizendo que agora não está acontecendo nada. Os índices estão diminuindo e enfim... como se, na verdade, nada estivesse acontecendo.

Gigi: Conversando até com o que vocês já trouxeram, que a pandemia ainda não acabou, mostrou mais evidentemente algo que já estava lá, algo já existe, mas também nos obrigou a tomar algumas medidas de prevenção, para evitar contaminação. Até mesmo quem

continuou trabalhando, alguma coisa acabou mudando, mesmo que na rotina de lazer, como as pessoas convivem, no convívio social. Se ela não mudou, mas para as outras pessoas do seu convívio alguma coisa mudou. Então já trouxeram um pouquinho dessa singularidade, como, por exemplo, das mulheres, que houve uma sobrecarga de trabalho, de trabalho em casa, junto com o trabalho dela, cuidar de filhas, de filhos. Então eu queria ver se vocês trazem alguma outra reflexão, complementando o que já trouxeram, o que essas mudanças podem influenciar na saúde mental?

Maria Júlia: Olha, eu penso assim... O que é uma crise sanitária? E uma crise sanitária humanitária? E com uma série de outras circunstâncias? Estamos todos envolvidos nessa situação, então é um evento global, mas ele também tem este lado que estamos discutindo sobre grupos, subgrupos e sobre pessoas que lidam com esta situação, com todos os recursos que não têm e os recursos que têm. Mas nós temos que pensar realmente assim: algumas circunstâncias têm características, por exemplo, uma das coisas interessantes, não é que só da pandemia, mas se exacerbou na pandemia, é uma grande vulnerabilidade das mulheres que talvez já tivesse existência, de alguma maneira, um pouco mais silenciada, enfim, porque é um grande componente de vergonha, de humilhação, de não querer contar e tal... mas a situação chegou num extremo tal, que a violência doméstica, por exemplo, a violência contra mulher, a violência contra as crianças ficaram escancaradas. Não tinha mais como ser silenciada. Isso é um ponto positivo? Bom... num certo sentido é. Por outro é uma tragédia, uma tragédia que é anunciada e agora está escancarada.

Então, nesse sentido é importante trazer, ter essas discussões. A crise, nesse sentido, traz um elemento favorável para se pensar e tal, mas também uma dificuldade muito grande, porque para realmente operar mudanças e possibilidades e tal, a gente teria, como disse o meu colega, a importância de desenvolver políticas públicas, e que elas sejam postas em ação, porque não adianta só estar escrito. Elas precisam ter uma possibilidade, de fato, de acontecer. Então algo que estava mais quieto, mais silenciado, torna-se escancarado.

A questão, por exemplo, pedagógica das crianças que durante todo... já tinha desigualdades? Tinha! Agora, então, se escancarou de uma maneira impressionante, porque uma boa parte da população brasileira não tem acesso aos recursos remotos e tal, e nós estamos um ano e meio neste remoto, em que pessoas estão completamente fora do sistema educacional. Isso é de uma tristeza imensa. Então acho que todas essas coisas, elas estão sendo olhadas, elas estão sendo escancaradas, mas eu não sei se elas estão sendo cuidadas.

Maelison Silva: Professora Maria Júlia trouxe elementos essenciais de pensar as principais vulnerabilidades que nós enfrentamos, a pandemia está dando conta mesmo de esgarçar e a gente não está dando conta de acolher. A gente encontra, nas políticas públicas, algumas ideias me vieram para pensar nessa dimensão, por exemplo, sobre os próprios que não agem, eles ficaram utilizando as tentativas de ação, de cuidado coletivo, de prevenção e tentando boicotar. Eu vou dar um exemplo. Havia muitos discursos dizendo "não pode ter um distanciamento social, porque vai aumentar as taxas de suicídio, porque as pessoas estão em casa, as pessoas estão se deprimindo e, portanto, é irresponsável...", estavam praticamente dizendo "se você defende o distanciamento social, você defende, você está virando as costas para o adoecimento das pessoas". Também essa dimensão da violência doméstica, que de fato o que a gente pôde observar é que aumentou a sintomatologia de sofrimento psíquico, ansiedade, depressão e isto é bem correspondente à literatura científica de psicopatologia sobre os efeitos de um isolamento, os efeitos de uma limitação no ambiente físico, no ambiente das relações sociais, sobre a saúde mental das pessoas, vários modelos inclusive de patologia experimental demonstram. E a violência doméstica se imaginava mesmo, porque antes da pandemia, onde que ocorriam os principais casos de abuso sexual e de violência doméstica? Fossem contra filhos, contra as mulheres? Nos próprios lares! Então os estudos sobre violência já mostravam que ficar em casa não era um ambiente seguro para a maioria das mulheres e para crianças. Mesmo sabendo disso, não se fez muita coisa do ponto de vista de uma política pública de

acolhimento dessas pessoas. Se utilizou isso simplesmente para boicotar os processos de comunicação da importância das pessoas não se aglomerarem, e aí a gente começa a refletir, então... qual era o problema? Era um distanciamento físico ou era ausência de condições para que as pessoas fizessem este distanciamento físico? E aí é uma outra correlação que eu acho muito pobre, entre o distanciamento físico e sofrimento psíquico, é que não é só o distanciamento físico que fez as pessoas sofrerem.

Eu aviso um gatilho para quem tem claustrofobia, porque eu vou usar um exemplo claustrofóbico, que é imagine pessoas presas em um elevador. A condição de você saber que o socorro vem, que a qualquer momento vai chegar alguém, vai abrir o elevador, a tua experiência de esperar lá dentro é uma. Agora, se você está preso no elevador e você não sabe se vem a ajuda, você perdeu a noção do tempo, você não saber quando a ajuda vai chegar é mais desesperador. Agora, se aquele que deveria te ajudar está serrando o ferro, e o teu elevador pode cair a qualquer momento, é desesperador! O que eu quero dizer? Uma coisa é você fazer distanciamento físico dizendo "eu vou fazer este distanciamento até chegar a vacina!", outra coisa é você não saber se vai ter vacina. Outra coisa é você ter uma campanha do teu governo boicotando as vacinas. E aí depois você descobre que o governo recusou as vacinas.

Então o sofrimento psíquico, que é além da dimensão em si da pandemia, do luto... A gente pode até comentar um pouco sobre essa dimensão. Eu vi que a professora é especialista, e eu quero muito ouvir você sobre esse aspecto. Eu vejo muitos desafios para políticas públicas, então além enfrentar o luto pessoal, as nossas perdas pessoais, o luto coletivo, a gente não ter perspectiva e a gente se sentir injustiçado e boicotado. Eu considero o povo brasileiro muito resiliente, na verdade, muito forte, muito potente, porque é uma cena de guerra! E a gente tem resistido. O que eu vejo como positivo é que a gente conseguiu construir redes de apoio. O que eu vejo como desafiador é que essa construção não foi suficiente para as nossas necessidades. A gente precisa amadurecer um pouco mais nisso.

Nathalia Barbosa: Vou aproveitar para provocar vocês, um pouquinho, com um dado que é o seguinte: De acordo com o Ministério da Saúde, a primeira vítima notificada da covid-19, no Brasil, foi uma mulher negra, empregada doméstica, periférica, que não pôde aderir ao isolamento social para não se prejudicar na empresa, e paradoxalmente um aumento aí no número de denúncias relacionadas à violência doméstica e que pode estar de fato ligado ao isolamento. A questão racial, a questão de gênero, elas são reforçadoras nessas problemáticas de saúde mental na pandemia? Queria que vocês pincelassem também um pouco sobre a questão da população LGBTQIA+.

Maria Júlia: Olha, eu acho que nós temos várias situações de vulnerabilidade, somando a questão racial, a questão de gênero. Falando um pouquinho agora do grupo LGBTQIA+, é também um grupo de vulnerabilidade importante, grupo indígena... grupo indígena que de novo a gente faz uma confusão, porque o grupo indígena quer dizer várias etnias. Cada uma com as suas características, e eu aprendi isto agora, nesta pandemia. É ignorância minha, mas pelo menos aprendi uma coisa que é importante, que de novo, nós estamos tratando de uma forma genérica um grupo muito grande de pessoas e que tem características muito próprias, muito singulares, rituais e tal, então esta questão é muito importante.

Então são grupos, sim, vulneráveis, porque de alguma forma não estão conseguindo fazer que chegue o seu pedido, a sua necessidade, a importância do cuidado e tal. O que é um dos fatores que geram o sofrimento. Você não ser ouvido, você não ser escutado, você não ser acompanhado, porque você é considerado um grupo menor, um grupo de menor valor... Isso existia antes? Sim! O que que aconteceu na grande crise sanitária? Escancarou-se essa questão e de novo, quer dizer, eu acho que é um grupo... Hoje nós estamos observando nesses dois grupos que eu destaquei, agora, mas talvez a questão racial também está exacerbando muito a questão do que a gente está chamando aqui de sofrimento psíquico, existencial e mental, é importante não jogar a questão de uma patologia classificatória, mas sim o sentimento de menos valia, de vulnerabilidade e sofrimento, que aí, sim, pode levar a uma circunstância que é

tão difícil, assustadora e preocupante que é a questão do suicídio, então nesses grupos, com exceção das mulheres, a questão está como num caldeirão, incensando manifestações, por exemplo, de uma tentativa de suicídio e de suicídio.

Por que é que eu separei as mulheres? Porque nas mulheres está refletindo mais numa tentativa de suicídio e nos outros grupos está resultando em suicídio, que é o que é notificado. Mas isso quer dizer que as mulheres estão sofrendo menos? Não! Talvez quer dizer que as mulheres acabam pedindo ajuda de alguma maneira por essa ação. Sem criticar os homens, vamos dizer, o modo masculino que pode estar presente em homens e mulheres, o grande problema é que nesses grupos às vezes a ação é letal e acaba resultando em morte. Então o pedido de ajuda é letal. No caso das mulheres, o pedido de ajuda é menos letal. Isso é bom ou é ruim? Isso é uma coisa para a gente ponderar, mas nós vamos entrar agora no Setembro Amarelo e vai se falar muito sobre prevenção do suicídio. Então uma discussão seria, primeiro, trazer à luz a questão de sofrimento, e isto não deve ser colocado embaixo do pano como algo que cada um pode resolver por si, ou que depende de força de vontade, e sim cuidar de entender o que está causando o sofrimento, e poder pensar quais são as melhores formas de ajudar, e com isso é bem possível que aconteçam menos mortes por suicídio. Mas o problema não é só evitar. Aliás, não dá para evitar o suicídio. A questão não é só prevenir o suicídio. É o cuidado de quem sofre.

Maelison Silva: Quando a gente pensa em suicídio, ele está mais relacionado a uma experiência de sofrimento, de anulação, de pensamento, de impedimento do poder de agir do sujeito, que propriamente uma doença mental ou transtorno mental. Esse elemento sempre foi controverso. Ele é a parte principal entre a clássica, em alguma medida, algumas políticas da OMS são ambíguas nesse sentido, apesar de falarem que é multifacetada, complexo, multideterminado, mas acabou centrando muito cuidado na identificação e tratamento de transtornos mentais numa correlação direta entre a depressão-doença, a dependência química-doença. Você trata dependência química e a depressão enquanto doença, uma coisa endógena, como se fosse uma coisa

propriamente dita, e não o processo.

E aí você faz esta correlação mecânica, depressão, suicídio, portanto tratar a depressão. E como a depressão é vista como uma doença, uma coisa que acontece no cérebro das pessoas, o tratamento é com psicotrópicos geralmente, ou então dentro de uma dimensão de um cuidado muito individualizado, quando que a gente observa que está associado às experiências de sofrimento e daquilo que a gente chama de depressão, daquilo que chama de dependência química que ganha um caráter de patologia, de psicopatologia, mas que é um processo que se constrói a partir de um conjunto de relações sociais, como bem a professora Maria Júlia falou, que são muito danosas à constituição psíquica, à constituição subjetiva das pessoas. Não é à toa que um dos estudos mais bacanas que eu tenho o lido sobre suicídio é uma chamada teoria motivacional coletiva integrativa, de um professor, O'Connor, e ele vai falar das cognições muito fortemente relacionadas ao suicídio, ou das experiências ou vivências de sofrimento, ele categoriza como aprisionamento, uma experiência de aprisionamento em que se sente preso numa condição de sofrimento que não tem saída, não há perspectiva, não há abertura no horizonte, e uma sensação de humilhação e de fracasso. E quando a gente vai olhar para esses processos, que são processos psicológicos, afetivos, cognitivos e que se hospedam integralmente no corpo, no pensamento, nos afetos desse sujeito, a gente começa a olhar que isso tem uma história. Uma história relacional. Uma história contextual. E se a gente vai começar a observar, por exemplo, para as mulheres, o quanto elas são expostas a uma série de condições que vão favorecendo a construção desses modos de pensar e de sentir, limitadores, adoecedores. Aí a gente vê aquilo que no início do nosso papo a gente estava conversando.

É necessário conectar esta dimensão social com esta experiência singular, porque apesar de a gente ver essas conexões desses processos sociais... Eu estudo suicídio no contexto rural, agrotóxico, por exemplo, fortemente relacionados às intoxicações que vão produzindo uma série de danos ao indivíduo na sua integralidade biopsíquica, mas quando a gente olha para tudo isto, o surgimento, esta experiência, ela é uma expressão deste

enredamento e eu preciso formar mais duas contas. Eu preciso escutar e acolher esta pessoa que já está sofrendo em tudo o que a Psicologia tem de melhor e que pode oferecer na dimensão do acolhimento, da criação de vínculo e do fortalecimento destas pessoas para desfazer estes nós que elas foram construindo nas suas redes, nas significações das suas vivências, e sentidos negativos que ela foi dando para si, mas que ela aprendeu a dar para si, quando, por exemplo, uma criança LGBT o tempo todo cresce ouvindo, e não diretamente, pode ser referindo-se a outro, mas que se atribui a ela quando ela começa a se identificar que "olha, eu sou gay. Então talvez eu seja essa pessoa sem valor. Eu escuto tanto os adultos falando, se eles não têm valor, também não tenho".

E a dimensão de desumanização das pessoas deles. Tem um aspecto aí, por exemplo, já antes da pandemia, o que as estatísticas de violência diziam? "Ah, diminuiu o feminicídio de mulheres brancas e aumentou o feminicídio de mulheres negras", e este dado, ele tende a piorar. Os dados de violências mostraram exatamente de que este contexto de estar isolada com agressor de fato trouxe o aumento deste risco, desta sensação de insegurança e se aproxima muito desta ideia de "eu estar aprisionado", "de eu estar num beco sem saída", e o que é muito importante neste momento, então, é o fortalecimento de redes de apoio, o fortalecimento de vínculos. E que no contexto do distanciamento físico é um grande desafio. Eu dando uma pesquisada também sobre esses dados dos impactos da pandemia na população LGBT, e teve uma ONG que fez uma pesquisa, "Vote Certo!", é um homem que investiga até sobre os políticos e população LGBT. Mas eles investigaram sobre saúde mental e descobriram o agravamento da vulnerabilidade financeira dessa população, a piora da saúde mental e o afastamento da rede de apoio, e uma insatisfação acentuada com o governo. Isso atingiu essa parcela mais vulnerável.

Os LGBTs que não são aceitos em casa, eles precisam trabalhar, e geralmente são trabalhos precários. Os trabalhos das mulheres negras também são os trabalhos dos mais precários, dada esta nossa herança de estigmatização, e de uma série de precarizações e se tem isso como desfecho. Aquele traba-

lhador que é obrigado a trabalhar, enquanto todo mundo estava conseguindo ficar em casa, mas ele não conseguia, ele não estava bem. Ele não está sendo feliz dizendo que era só uma gripezinha. Ele sabia o risco que corria, mas a ideia de escolher entre homem e o vírus, que foi imposta para ele pelas políticas mal-intencionadas, a gente começa a perceber, então, este sofrimento psíquico que é uma expressão de um sofrimento social e uma ruptura do laço social, e que atingiu como uma porrada essas pessoas.

Só para finalizar. Desculpa quando eu disparei falando... Mas eu lembrei de outra coisa: Aumentou o consumo de bebida alcoólica e ao consumo de bebida alcoólica também está associada à violência doméstica. Então tem alguma coisa aí que a professora Maria Júlia já comentou, a gente precisa olhar do ponto de vista de sociedade, de rede de apoio, mas eu não sei ainda, eu não escutei ações contundentes nas revisões de literatura que eu fiz, eu encontrei algumas medidas, sim, de tentar construir conexões, intervenções, algumas ações dos Tribunais de Justiça, já estão discutindo os dados de feminicídio... só que é preciso acelerar porque ele está muito... quem está sofrendo em casa tem pressa, né?

Gigi: Trazendo um pouco sobre morte e luto que talvez sejam um grande rastro que a covid-19 tem deixado, não só aqui no Brasil, mas no mundo todo. Lidar com o luto ou com a possibilidade de perder alguém que amamos, então isso se tornou um desafio global. Para vocês, como a Psicologia pode atuar no cuidado e no acolhimento dos enlutados, e também o papel da Psicologia com o sofrimento dos sobreviventes? Sobreviventes das tentativas de suicídio.

Maria Júlia: Bom, caminhando um pouco nessa área que eu tenho estudado bastante, e foi muito impactante, porque assim como o resto do planeta, entrei em contato com a questão da crise sanitária da pandemia, do medo, do terror, de tudo que nós vivemos. Então tem uma peculiaridade interessante, porque se em algumas circunstâncias a gente até pode se distanciar um pouco, nesta não teve muito jeito, porque a gente viveu junto com todo mundo, então eu tenho uma característica que é mais geral. Mas tem uma característica que é muito própria de cada um

de nós. Eu estudo a questão do luto, a questão de suicídio e tal. Eu fui convocada a falar sobre alguma coisa que eu não sabia também e que eu estava vivendo profundamente, então isto foi uma experiência, assim, bastante peculiar e bastante própria e tal.

Então deu para sentir muito como que essa questão realmente extrapola algumas coisas que a gente toma mais ou menos como dadas. Então a gente teve que pensar muito, teve que se reinventar e tal. E uma das coisas muito interessantes foi quando o Conselho Federal de Psicologia falou “então vamos abrir a possibilidade on-line de cuidar das pessoas”, porque senão nós teríamos tido dificuldades sempre, porque a gente estava até então muito baseada num trabalho de acompanhamento em grupos de acolhimento e tal, e de repente a gente teve que fazer isso de uma forma on-line. Não foi fácil, foi extremamente desafiador. Como fazer isso? A outra coisa que foi extremamente desafiadora, foi assim... a gente tinha uma certa compreensão do processo de luto, como processo de elaboração de perdas significativas, que tinha o seu tempo, seu processo a sua singularidade.

Mas a gente vai pensar também neste coletivo de tanta coisa que nos machuca, nos maltrata... Mas a gente está fazendo trabalhos em várias esferas. Em esferas mais, vamos dizer, de acolhimento de cuidados clínicos, uma outra esfera que vai buscar discutir políticas públicas. Atenção! Não temos políticas públicas de luto. Não temos nada escrito assim que nos dá alguma base de como nós vamos cuidar de pessoas enlutadas, na sua questão social, na sua questão de manutenção de vida, quando a pessoa que foi perdida é aquela... o provedor, como é que vai ser quando a gente tiver que voltar ao trabalho e pegar a carga toda que a gente tinha e que a nossa psiquê não está dando conta, porque nós estamos lidando com uma outra questão essencial que é “como sobreviver sem aquela pessoa que é tão querida”? E aí nós vemos a covid-19 distribuindo um número de mortes estrondoso... Não adianta dizer que são dois, três, quatro por cento não sei o quê.

O número é muito grande e de pessoas que perderam pessoas é muito grande, famílias que perderam muitos membros, e o que a gente vai fazer com tudo isso? E aí há uma

perspectiva que disse assim: "Olha, você não pode se juntar com as pessoas porque você tem um risco de pegar a doença ou pior ainda, você tem um risco de transmitir essa doença para alguém!" Então você não pode fazer aquilo que seria essencial, quando a gente está em sofrimento, que é estar junto, que é poder chorar no ombro do outro, que é poder ter aquilo que a gente chama de uma base segura, aqueles que são da nossa família, que são os nossos amigos, que são as pessoas que a gente confia, que são os nossos terapeutas, que são os nossos qualquer pessoa da rua que é alguém que nos dá carinho, nos dá atenção, nos dá esta base segura. Então aí nós vimos um desafio colossal de como cuidar de um sofrimento numa dimensão extremamente grande, onde ficaram as pessoas que têm circunstâncias mais difíceis e são mais expostas, mas todos estiveram expostos de alguma maneira. Mas eu tenho um cotidiano meu que assim: "Como é que eu vou me levantar da cama para continuar a fazer as minhas atividades se aquilo que fazia parte do meu mundo, do meu universo, se foi?" E eu não consigo ter um cuidado que minimamente teria?

Cara, minimamente a gente tem dor mesmo. Oferecer pelas plataformas, que foram muitas, pessoas se desdobraram, sem falar da linha de frente, mas a linha de retaguarda e tal. Mas então essa é uma questão muito importante, que ainda nós vamos ter muito trabalho pela frente. Existe uma ilusão que diz assim: "o dia que é para acabar". E aí nós já estamos aprendendo, em todos estes anos, que a pandemia não vai acabar. Que nós vamos aprender a viver nela e a cada dia com novas coisas, às vezes escorrega para trás, às vezes anda um pouco mais para frente. Mas nós vamos continuar vivos. Não vai ter "depois da pandemia". Não vai ter. As pessoas estão demorando para entender isso. E a gente vai ter que cuidar porque vai ter muita, vai ter não, já está tendo muitas pessoas sofrendo muito. Demais! Porque é um grau de sofrimento para além dos recursos, de uma maneira geral, a gente já está vendo isso. As pessoas têm um grande sofrimento e isto, claro, traz todo tipo de risco em relação à própria vida, à vida das pessoas próximas... Uma questão que talvez atinja realmente algum grupo mais o que o outro, mas é um sentimento talvez bastante parecido.

E agora? O que vai acontecer? Quais são as perspectivas? Tem perspectiva? Se você olha a fala das pessoas em geral, a sensação é assim: "não tem muita perspectiva". Então essa é uma nova vivência. Como viver sem ter perspectiva? Olha, nós temos o Afeganistão, no nosso nariz. Olha o que aconteceu lá. Então, isso é uma tragédia incomensurável. É a perda da esperança, a perda da possibilidade de que vem alguma coisa melhor. Então, isso é uma coisa que, pela gente que cuida, precisa ser cuidada também.

Maelison Silva: É verdade! Professora Maria Júlia tocou em elementos muito importantes desta dimensão do horizonte que é a gente aprender a lidar com o contexto atual. Todas essas crises trazem uma tensão social. Que se expressa também no corpo, e nas nossas percepções, numa produção de uma desesperança. Isso é muito desafiador e aí, nesse momento, o que eu consigo vislumbrar como formas de cuidado? Sejam exatamente essas formas de cuidado que produzam as outras, como a professora bastante enfatizou, há uma dimensão singular que precisa ser escutada, ela sempre vai se expressar em sua singularidade e essas singularidades precisam se conectar, ao mesmo tempo em que se trabalha essa dimensão dialética, do singular, e do coletivo não antagonicos, mas constitutivos um do outro.

Não podem existir coletivos burros que tentem apagar a diferença e a gente precisa aprender a conviver com a diferença, porque esta vai ser a nossa tábua de salvação. A capacidade de viver juntos com as nossas diferenças sem que elas impliquem em hierarquias, em dominação. Seja na dimensão do gênero, seja na dimensão da orientação sexual, e isto é muito, muito urgente. É um imperativo ético para a humanidade. Sobre a dimensão do luto, eu concordo... Eu dou aula para uma disciplina de Psicologia Social da e eu fiquei com isto na cabeça, é preciso trabalhar esses estudantes porque eles vão se formar, daqui a pouco, e eles vão encontrar, na unidade básica de saúde, pessoas em sofrimento, em luto mal elaborado.

Eu vou buscar na literatura o que tem. Eu encontrei pouca coisa. Encontrei algumas revisões de literatura de uma psicóloga da Fiocruz. Eu não vou citar o nome agora por-

que eu não lembro, enfim... É uma revisão de literatura sobre luto de quem tem covid-19 e os desafios para a Psicologia. Coloca isso no Google, quem tiver interesse poderá encontrar. E ela vai falando dos desafios e um deles é muito forte.

Maria Júlia: É a Débora Noal?

Maelison Silva: Isso Débora Noal! Obrigado por me lembrar. E eu gostei muito desse artigo, porque ele traz uma revisão bastante completa dos desafios, e uma coisa que me pegou é que a dimensão do ritual... Eu li uma matéria que estava dizendo que ela não estava podendo enterrar o filho, e aquilo era esgarçador da sua opção de existir. Me fez lembrar muito de uma posição preconceituosa que eu tive com os africanos na época da epidemia do ebola e que um dos principais fatores de transmissão da doença eram os rituais fúnebres. As pessoas tocarem e tudo mais. E as medidas preventivas eram não ter ritual fúnebre. Eu ficava... eu jovem, né, ficava preconceituoso, "como que esse povo não entende que não pode fazer ritual e eles continuam fazendo ritual?" Eu ficava com raiva deles porque estava extremamente preocupado com essa pandemia do ebola. E aí eu olho para nós, hoje. O que é isso? Nós também temos que engolir o fato de sequer vermos, sequer nos despedirmos, o impacto psicológico disto para as coletividades e a gente está falando de... eu chuto quase um milhão de pessoas que perderam a vida por causa desta pandemia. Então você tem mais de dois, três milhões de pessoas vivendo diretamente no luto da perda de alguém.

E isso não impacta a nossa sociabilidade totalmente. É por isso que eu concordo com a professora e nós psicólogos... eu não fui preparado na minha formação para lidar com esse tipo de luto.

Nós temos este desafio de compartilhar nossas experiências, de produzir conhecimento na universidade, de levar esse conhecimento para o ensino, para a formação continuada, e o que eu tenho tentado trabalhar com os estudantes é a gente inventar o que já tem no SUS, dessas formas de cuidado, em grupos de hipertensos, em grupo de diabetes, em grupos de pessoas depressivas... vamos ter que fazer grupos de pessoas enlutadas. E que esse grupo seja de um acolhimento

singular e também das precariedades que o luto traz, como a perda do principal mantenedor, vai ter que ter o CRAS, vai ter que ter o CREAS... A escola, como que a escola vai voltar com crianças órfãs, com crianças que perderam seus irmãos... como será o Dia dos Pais, o Dia das Mães nessas escolas? Já era difícil, mas aí você vai ter uma taxa muito maior. São desafios que se a gente parar para pensar são enormes, e é muito bom ouvir a professora Maria Júlia, porque essa é minha preocupação como professor. Estar formando assim... E aí eu, que não sou estudioso do luto, eu falei "busca o que tem de luto. O que a gente pode trazer para a saúde pública, trazer para a clínica", porque a nossa profissão vai ter que inventar.

O nosso próximo Congresso de Psicologia vai precisar trazer esses relatos de experiências e eu estarei muito interessado em escutar o que a comunidade psi vai ter feito. Eu acredito que a gente vai fazer muita coisa boa, mas a gente precisa se atentar para isso!

Maria Júlia: Queria comentar, Maelison. Primeiro assim, a sua análise tão importante sobre todas essas questões, como somos colegas docentes, temos esta preocupação com os estudantes e tal. Essa turma que tem agora, eles vão me dar... Olha, eu dou uma disciplina eletiva no Instituto de Psicologia, mesmo estando aposentada, continuo dando a disciplina, eles chamam de Psicologia da Morte. O nome não é bom, mas ele foi batizado com esse nome há 36 anos atrás e continua o mesmo. E a disciplina, ela continua existindo e agora com uma peculiaridade, sem fazer propaganda de causa própria, mas para dizer como é importante ter esses espaços. Eu tenho tido uma procura do curso que é uma coisa que eu não estou conseguindo lidar com ela, tive que deixar muitos alunos para fora, porque não cabem. Mesmo no modo de virtual ficou complicado, e eu prometi então passar a gravação de aulas e tal. Porque os apelos que eles faziam, e muitos alunos de áreas das Exatas e enfim, que teoricamente não têm nada a ver com assunto, mas que têm uma preocupação muito grande própria e também com as pessoas à volta. Então poder falar sobre esses assuntos, falar que, por exemplo, o que estamos vivendo neste processo de luto, estamos vivendo juntos. Nem nós sabemos direito o que a gente precisa fazer e a gente

tem um tripé (sic) que é importante, faz parte do humano, que é a questão do respeito, que é a questão da ética, que é a questão da escuta, e que é a questão do acolhimento.

A primeira coisa que nós temos que fazer é escutar o que essas pessoas têm a dizer para nós. E aí é que a gente vai ver e pensar o que nós podemos como coletividade e pensar o que seria melhor. Porque não dá para ter o luxo agora de pensar só em ter psicólogos especialistas em luto. Nós vamos ter que formar um grande grupo de pessoas que vão poder fazer um negócio que nas guerras ou nos grandes desastres se chamam primeiros cuidados psicológicos, que não é um nome adequado porque não deveria ser feito só por psicólogos, mas com pessoas que se sentam do lado de uma outra pessoa para perguntar assim: "Do que que você precisa? Como é que eu posso te ajudar? O que que eu posso fazer para você?" E permitir que essa pessoa fale, que se expresse, que ponha o sentimento e tal. E o menos importante é a gente falar um monte de coisas e o mais importante é a gente poder dizer "olha, eu estou aqui do seu lado, vamos pensar juntos e tal", e começar a pensar nesses processos de cuidados às pessoas que realmente ficaram devastadas. Quais são as coisas básicas, primeiras, que a gente pode oferecer aí no ponto de vista que é da nossa área, que é do cuidado e tal, como que a gente pode cuidar? Do que você está precisando?

Trazer a pessoa de volta a gente não vai conseguir, mas como você pode lembrar dela? Como você pode cultivar uma coisa que é importante para você? Dar um espaço de honra, ou de respeito, de dignidade, porque uma das coisas que foram destruídas com esta pandemia foi a dignidade no processo de morrer, do processo de luto. Que dor é essa de ver uma pessoa querida no saco de lixo preto? Amarrado porque não pode contagiar. Nem no pior dos pesadelos você imaginaria que você ofereceria isso por um ente querido. Ou que você ofereceria uma vala com sei lá eu quantas covas e não se o quê... nem nos piores pesadelos. Então, como que a gente cuida disso? Como é que a gente diminui um pouco a dor disso? Porque tirar completamente a gente não consegue. Eu acho que essa coisa é que nós vamos ter que começar a trabalhar com os nossos alunos. Com os professores que vão receber as crianças. Eles não foram

preparados para lidar com isso, e é o que a gente ouve, mas como é que a gente pode prepará-las para sentar do lado de uma criança que chora, e deixar esta criança falar sobre quem ela perdeu, quem era o pai, quem era mãe, por que que aconteceu, o que ela pode fazer, como é que ela pode guardar uma boa memória, uma boa lembrança... Enfim, são essas pequenas coisas que para uma pessoa podem ser muito grandes, muito importantes, que batem de frente contra um desprezo que a gente ouve, uma falta de empatia, de solidariedade... Então a gente tenta construir esse espaço de recuperação, numa crise, numa tragédia. Talvez isso que seja a possibilidade, não sei.

Gigi: Caminhando para nossa última pergunta aqui, na reflexão desta parte do nosso podcast, também já conversando com o que vocês trouxeram, e somente nestas últimas falas, nesses espaços, nessas oportunidades, ofertas de cuidado, mas na perspectiva dos equipamentos de atenção que são direcionadas para a população. Já trouxe aquele dado, e é preocupante que 2% apenas da verba da saúde são investidos na saúde mental. Mas é como vocês mesmos colocaram. Não é só na saúde mental que a gente propõe cuidado de saúde mental mesmo, na educação, no SUS por meio dos seus equipamentos, na Assistência Social, e nas redes em que o próprio SUS, a RAPS atuam. Então, nessa perspectiva, no que vocês consideram que a gente precisa avançar para que essas redes possam ser realmente espaços atuantes no enfrentamento das consequências da pandemia, como trouxemos aqui? Não vão acabar de um dia para o outro.

Maria Júlia: Olha, eu vou começar a responder que eu de fato não sei como poderia... eu acho que assim, uma questão é muito importante, eu há pouco falei sobre a questão da esperança e de não perder a esperança. E assim, eu fico pensando num coletivo que de alguma maneira já está acostumado a trabalhar em condições que não são as melhores, sem ter muito incentivo, sem ter muita possibilidade e tal. Então eu fico pensando, onde nós vamos conseguir encontrar esta energia, para em grupo, em rede, poder fazer propostas em que a gente possa acolher as pessoas nos seus mais diversos lugares, e oferecer então esse primeiro cuidado, essa primeira parte?

Ao mesmo tempo, este mesmo grupo crescido de outros, talvez da universidade, possa ser um elemento importante para a gente pressionar fortemente aquelas áreas da Assistência Social, de enfim... Para que a gente possa ter... porque assim, a gente não pode contar só com voluntariado, isso é uma coisa que me preocupa. A gente precisa ter uma estrutura séria, bem fundamentada e tal. Que a gente possa de fato manter programas. Uma das questões, assim, muitos programas que são iniciados acabam. Não conseguem se manter, então a gente precisa pensar em coisas mais a longo prazo, com mais sustentação e tal.

Eu espero que daqui um ano e dois meses, a gente possa ter uma mudança radical. Eu sou ainda... tenho um restinho de esperança, que a gente possa ter uma mudança radical naquela parte, naquela cidade central do país, para que essas questões passem a ser as mais importantes. Então eu espero isso também e que isso possa incrementar para que nós também consigamos. Então ter ideias, e essas ideias poderem ser implementadas, não é só em Brasília, também é em cada estado. Vamos falar a verdade também.

Maelison Silva: Concordo plenamente com o que a professora Maria Júlia comenta desse obstáculo, e a importância da intersetorialidade. E destacar algumas coisas, assim, nós temos um SUS gigante. Eu estou chovendo no molhado. Os profissionais de saúde mostraram uma capacidade enorme de enfrentamento, de engajamento, e vou dizer para vocês uma coisa assim, a gente ofereceu, ano passado, neste ano, tem parceria também com uma rede de apoio que se construiu com psicólogos de São Paulo, depois a gente construiu também uma nossa aqui, de atendimento psicológico para os profissionais da saúde.

A gente tinha uma expectativa de que ia ter uma chuva de procuras e tivemos, mas não foi tão grande quanto a expectativa que a gente tinha. E a pergunta que até hoje gente faz é como que essa galera se cuidou? Como eles aprenderam a lidar com o sofrimento que essa situação trazia? Eu não sei. Eu não tenho uma resposta, mas independentemente disso eu posso dizer: Eles foram gigantes, eles enfrentaram desafios enormes. Então nós temos um pessoal engajado e capaz de

enfrentar esse desafio. E a gente já quebrou a primeira barreira de que esse teto é intransponível. Esse teto tem que ser furado, detonado, porque tem que vir dinheiro, porque as demandas estão enormes, e não é só o SUS que vai dar conta dessas demandas.

Acho que uma coisa bacana que a nossa conversa traz é a ideia da intersetorialidade. Você tem a educação, você tem um SUS, você tem assistência social, você tem a segurança pública, as universidades públicas que necessitam de financiamento para fazer as pesquisas, a extensão, e o professor continuar dando o ensino de qualidade, os movimentos sociais e civis. Essas conexões precisam acontecer para se enfrentar violência doméstica, para enfrentar a violência sexual contra as crianças, contra as mulheres, para enfrentar o racismo, para construir estas redes de apoio que as pessoas fizeram, elas precisarão de acolhimento, de suporte psicológico individual e coletivo, e precisarão de suporte material. Não é à toa e os papas do neoliberalismo vão começar a dizer "não, tem que dar alguma política de assistência porque a fome chegou". Além do luto, que a gente está tendo que enfrentar, a gente tendo que enfrentar fome, a gente está tendo que enfrentar uma precarização enorme da vida. Isso vai pressionar as políticas de saúde e as respostas sociais não estarão apenas na unidade básica de saúde. Elas precisarão estar conectadas com todas essas políticas intersetoriais, e eu tenho o pleno acordo que elas implicam no envolvimento também das políticas locais. Prefeitos, os vereadores, os governadores, os deputados.

Então os desafios são enormes. E isso vale diretamente nas experiências de sofrimento psíquico. Os mais individuais possíveis. E ele precisa ser acolhido na RAPS, precisa ser colhido no CAPS. Ele precisa ser acolhido nos espaços que nós tão bem sabemos de acolhimento, mas a gente vai precisar aprender se conectar com outras políticas, aí eu sou... só para finalizar, porque eu falo demais, mas é só um exemplo que fecha com o que eu estou querendo dizer. Uma psiquiatra, na verdade, residente, estudando Psiquiatria, comenta comigo de um paciente que ela atendia de depressão severa e várias vezes ele ia e voltava, era uma depressão recorrente de difícil tratamento, às vezes resistente ao medicamento. Só que o que ela descobre? É que as recaídas

dele eram mais fortes nos momentos em que ele estava desempregado. Ele tinha um problema de saúde ocupacional, o que dificultava ele conseguir emprego, ele perdia a casa porque não tinha como bancar o aluguel.

Quanto mais desamparado ele estava, mais intensa era essa vivência, essa experiência de sofrimento que nem o medicamento dava jeito. Então são essas conexões necessárias que a gente não pode ignorar na dimensão subjetiva e nós, psicólogos, precisamos aprender a construir redes intersetoriais em políticas públicas para potencializar a escuta dessa dimensão, o acolhimento destas necessidades que vão para além da nossa capacidade de intervir profissionalmente. Então eu estou achando muito bacana este momento entre nós de trazer essas reflexões. Estou aprendendo muito com a professora Maria Júlia e já vou levar algumas coisas para minha sala de aula.

Gigi: Muito bom! Eu acho que ficaram muitas coisas, é muito conteúdo, muito importante esta discussão. Acho que ficaram algumas dicas, algumas palavras-chave para nossa categoria. Refletir pelos estudantes. Acho que a Psicologia, mais do que nunca, é uma característica nossa, mas mais do que nunca, se reinventar, visitar a criatividade, e nada também que seja inédito, mas de repente que não seja tão familiar, ou não estava tão atual, tão presente em todas as áreas. Era algo que a Psicologia já atuava mais em algumas áreas, alguns estudos, algumas disciplinas, como os professores aí trouxeram, mas que agora estão permeando todas as nossas práticas.

Então revisitar, ou conhecer a Psicologia das emergências e desastres, a Psicologia do Luto, as questões relacionadas à morte, até pandemia e guerra. Pandemias e guerras que passamos. O que as profissionais faziam e fazem nesses espaços. Então são muitos desafios, mas eu acho que foi muito bom o conteúdo trazido. Nos dá muita... é isso, tem uma desesperança pensando no macropolítico, assim, mas a gente ouvindo e criando as nossas redes, e se ouvindo, se conhecendo, também nos traz uma esperança de continuar atuando, de estar neste nosso lugar de psicóloga, e continuar. Vamos continuando aí na luta e neste fortalecimento aí das redes. E também essa visão crítica que muita coisa

precisa mudar também lá no macropolítico.

Nathalia: Bom, e agora chegou o momento do quadro Psicologia no Dia a Dia. Hoje recebemos a Camila Innecco, que é psicóloga analista técnica da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP SP. Tudo bem, Camila?

Camila Innecco: Tudo bem, gostaria de agradecer ao convite de estar aqui novamente, em nome da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP SP.

Gigi: Bem-vinda, Camila! No tema de hoje, estamos falando um pouco sobre o adoecimento da população brasileira e a importância da prevenção ao suicídio. Então a gente queria saber, agora com um olhar para a atuação profissional: As psicólogas e os psicólogos que estão em atendimento às pacientes com ideação suicida podem realizar a quebra do sigilo?

Camila Innecco: É muito importante essa questão porque essa é a principal demanda que a comissão de orientação e fiscalização recebe de dúvida de psicólogos e de estudantes de Psicologia. Então, assim, o código de ética ele vai dizer, lá no artigo 9º, que o psicólogo tem o dever do sigilo e de garantir a privacidade das pessoas atendidas. Mas nos princípios fundamentais, o código também vai dizer que o psicólogo não pode ser conivente com situações de discriminação, exploração, violência, crueldade... E aí, no artigo 10º, vai dizer então que se tiver algum conflito entre o artigo nono e os princípios fundamentais do código, o psicólogo pode optar pela quebra do sigilo.

Então o que a gente sempre orienta é que diante de caso de violação de Direitos Humanos, violência, risco à vida de pessoas, ou de terceiros, o psicólogo deve estar atento e decidir então entre manter o sigilo ou manter as garantias fundamentais do usuário ou de terceiros. Então, assim, é sempre fundamental saber qual que é o limite da gravidade de uma determinada situação, o psicólogo tem sempre que avaliar, porque a decisão pela quebra do sigilo é exclusivamente dele, porque tem de avaliar as consequências e qual que é o menor prejuízo para aquela pessoa que ele está atendendo ou para terceiros.

Então também, a gente sempre orienta que o risco de se cometer uma falta ética

pode ocorrer tanto pela quebra, quanto por uma omissão. Então se for questionado em qualquer tempo por sua decisão, o psicólogo precisa estar fundamentado, expor os motivos técnicos e éticos que o levaram a tomar aquela decisão. Então também uma coisa importante é sempre registrar a evolução do trabalho no prontuário, conforme resolução CFP-1 de 2009. Porque, além do prontuário ser de direito do usuário, é o prontuário que vai respaldar o psicólogo sobre a decisão que ele tomou.

Nathalia Barbosa: E para quem se pode fazer essa quebra de sigilo? O que que deve ser avaliado neste momento?

Camila: Bom, quando se decide pela quebra do sigilo em busca então desse menor prejuízo, o psicólogo tem que levar em consideração qual é a rede protetiva dessa pessoa atendida. Então... familiares, outras pessoas próximas, outros profissionais que atendem, como psiquiatras... É fundamental ter informações sobre fluxos de orientações, situações das redes de saúde, da Assistência Social, conhecer então as políticas públicas para poder fazer os encaminhamentos para os serviços inseridos nestas redes, e estar atento então a estas situações de violência. A gente também sempre reforça que o psicólogo busque outros recursos, capacitação para esse tipo de atendimento e se tiver então qualquer dúvida, é muito importante fazer a supervisão, buscar na bibliografia...

Acho que os convidados de hoje deram justamente uma aula sobre isso, então escutar este podcast também vai ajudar nessa atuação profissional.

Nathalia: Legal, e para finalizar, considerando, então, "nosso novo normal", onde o atendimento on-line é uma realidade, o que que é importante de ser preservado nesse espaço?

Camila: Bom, a resolução 11 de 2018, que regulamenta o atendimento on-line, resolução de antes da pandemia, ela falava que os psicólogos não poderiam atender, por meios de tecnologia da informação, pessoas e grupos em situação de urgência e emergência.

A gente entendia os casos de suicídio como destes casos que deveriam ser atendidos no presencial. Porém, durante o período da pandemia, o Conselho Federal de Psicologia, ele suspendeu esse artigo por meio da

resolução quatro de 2020. Então, o que esse artigo vai dizer? Que eu, psicólogo, tenho que avaliar qual é a melhor forma de atendimento, entendendo que neste momento, às vezes, deixar pessoas sem atendimento seria colocar as vidas delas em risco, mas de toda forma é sempre importante que o psicólogo avalie essa situação e encaminhe preferencialmente para o atendimento presencial, com profissionais ou equipes que estão habilitadas para manejarem este momento de crise. E aí na impossibilidade desse atendimento presencial, o psicólogo ele tem que se responsabilizar e fazer os encaminhamentos devidos. Então uma coisa importante, quando a gente está fazendo atendimento on-line, é se atentar para essa questão, porque às vezes a psicóloga está atendendo uma pessoa de uma outra cidade, de outro estado, às vezes até de um outro país. Então ela precisa conhecer a rede do local onde ela está atendendo aquela pessoa, porque num caso de urgência, ela vai precisar fazer este contato com pessoas que possam prestar esses serviços. Bom, e aí eu gostaria, então, de deixar aqui duas referências para os psicólogos acessarem. A gente tem uma publicação do Conselho Federal de Psicologia chamada "Os Suicídios e Desafios para a Psicologia" e tem também uma publicação da Fundação Oswaldo Cruz, que é "Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia da covid-19 – suicídio", este quadro foi feito a partir da escuta das profissionais e se você, profissional, está precisando de orientação, espaço de escuta, entre em contato com o Conselho.

Gigi: Obrigada, Camila! Até a próxima! Então, mais uma vez, queria agradecer, em nome do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, a vocês que trouxeram falas tão importantes, com esta conversa tão necessária e urgente. Muito agradecida.

Maria Júlia: Bom, eu queria agradecer o convite, a possibilidade de estar aqui, de conhecer o meu colega Maelison, e vocês, Gigi, Nathalia, Camila, André... Foi um prazer dividir, aqui, este espaço e poder refletir junto com vocês. Obrigada!

Maelison: Eu também quero agradecer o convite, parabenizar o CRP e dizer que eu ouço muito conteúdo de vocês e acho legal que vocês também estão reinventando na

onda do podcast, isto é maravilhoso e parabéns. Professora Maria Júlia, foi um prazer estar neste diálogo com você. É muito bom escutar as pessoas que já têm grande produção, grande contribuição para a nossa ciência, para nossa profissão, um espaço muito agradável, e aos que estão nos ouvindo, eu espero que seja produtivo, que seja potencializador de esperança e do esperar, como diz Paulo Freire.

Nathalia: E para você, que chegou até aqui, seja muito bem-vinda, muito bem-vindo, nós nos encontramos no próximo episódio. Enquanto isso, não deixe de nos acompanhar nas redes sociais do Conselho e no nosso site www.crpsp.org.br.

Este foi o Estação Psicologia, o podcast do CRP SP.

EP 03 | Cuidado em liberdade: Além da Raps – Por um cuidado antimanicomial da saúde mental

**Autoria:
Rafael Cislinski**

A história da Psicologia, dos movimentos sociais e das Políticas Públicas em saúde mental, nas últimas décadas, no Brasil, é a história de uma construção coletiva de usuárias/os, familiares, psicólogas/os e demais trabalhadoras/es da saúde mental. Uma caminhada compartilhada de muita luta e resistência às negações impostas pelo hospital psiquiátrico, também de muito estudo e criatividade para inventar possibilidades de sua substituição e extinção.

Se o fim da década de 1970 marca o período das grandes greves e início das lutas pela redemocratização do país, paralelamente o movimento de saúde mental passa a se organizar para exigir uma sociedade sem manicômios. No fim da década seguinte, enquanto o incipiente movimento da luta antimanicomial afirma, na Carta de Bauru, a opressão da lógica manicomial não somente no hospital psiquiátrico como também nas fábricas, nos cárceres,

no latifúndio e nas periferias das metrópoles, conectando as lutas por saúde mental com as demais demandas do povo brasileiro, as conferências de saúde e de saúde mental apontavam para a necessidade da criação de um sistema de saúde universal, popular e público. Na década seguinte, com a criação e implementação do SUS, a Psicologia sai dos consultórios privados e ganha espaços, se insere nos serviços de atenção básica e contribui para a criação e invenção de dispositivos substitutivos ao manicômio. Se antes o atendimento psicológico era um serviço restrito às camadas mais ricas da população, com o SUS inicia-se um processo (ainda por se concluir) de deselitização da ciência e da profissão.

A categoria, atenta ao debate democrático, aumenta substancialmente sua participação nos processos de conferência e luta pela aprovação da Lei n.º 10.216/2001, que garante o direito das pessoas com sofrimen-

tos mentais graves. Após a implementação da lei, o Brasil assiste à disseminação dos CAPS e, juntamente com as políticas de assistência social, ao processo de interiorização da profissão.

No entanto, iniciativas de tratamento de usuárias/os de substâncias psicoativas com foco na abstinência, a inclusão de comunidades terapêuticas nas redes de atenção psicossocial e a saída da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Saúde para a pasta da Justiça são apenas alguns exemplos das mudanças ocorridas, desde o início dos anos 2010, denunciadas de forma atenta pelos movimentos sociais como retrocessos na área, que desde então só se fizeram aprofundar, abrindo espaço para as dificuldades que se seguiram da perda de direitos no campo da saúde e da saúde mental, mas também no campo das relações trabalhistas, a perda de direitos previdenciários, aumento do desmatamento, entre outros determinantes sociais de saúde que impactam a saúde mental. Atualmente, as políticas de saúde mental e a democracia brasileira atravessam um momento delicado, em que laicidade, a ciência e a profissão comprometida com o combate às desigualdades e opres-

sões têm dado lugar ao proselitismo religioso, às fake news e a toda a violência característica do fascismo e do manicômio.

O Sistema Conselhos e o CRP SP, fazendo jus ao legado histórico de posicionarem-se com os de baixo, dos setores mais vulnerabilizados pelas políticas de austeridade econômica, desfinanciamento, sucateamento e privatização do SUS, produziu, ao longo dos últimos anos, materiais nos quais denuncia o horror do hospital psiquiátrico e da sua nova versão sintetizada nas comunidades terapêuticas, bem como referências técnicas para as/os psicólogas/os atuarem a partir de uma perspectiva crítica e consonante com os direitos humanos das/os usuárias/os dos serviços de saúde mental. No atual momento das comunicações, essa defesa vem em formato de podcast, em que o protagonismo das/os usuárias/os é garantido com a fala de Dora Martins dos Santos, representante do Fórum Permanente Intersectorial da Saúde Mental de Botucatu, aliada a uma das principais referências da reforma psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial, a professora Dr.^a Elisa Zaneratto.

Bom programa e nos reencontramos na luta!

Podcast: Estação Psicologia **Episódio:** 3

Tema: Além da RAPS: Por um cuidado antimanicomial da Saúde Mental

Tempo: 01:21:28

Âncoras: Annie Louise Saboya Prado e Nathalia Barbosa

Entrevistadas: Dora Martins dos Santos, Elisa Zaneratto Rosa e Camila Inneco

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Olá! Está começando o Estação Psicologia, o podcast do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Nathalia Barbosa: Nos acompanhe mensalmente e fique por dentro de entrevistas com convidadas e convidados superespeciais, falando sobre saúde mental, cuidado em liberdade e outros temas importantes para a Psicologia. Eu sou a Nathalia, jornalista, estudante de Psicologia e editora deste podcast.

Gigi: Eu sou a Gigi, psicóloga e conselheira do CRP São Paulo. No programa de hoje, nós vamos receber Dora Martins dos Santos, que foi a primeira usuária mulher a ser coordenadora do Fórum Permanente Intersectorial da Saúde Mental de Botucatu. Ela ainda faz parte dessa coordenação. É atuante e militante da luta antimanicomial. Bem-vinda, Dora!

Dora Martins dos Santos: Obrigada! É um prazer imenso estar aqui conversando com vocês e estou muito feliz e agradecida pelo convite.

Nathalia Barbosa: Embarca com a gente também Elisa Zaneratto Rosa, que é psicóloga, professora, doutora em Psicologia Social e ex-presidenta do CRP SP. Elisa, é um prazer contar com sua participação, aqui, hoje.

Elisa Zaneratto Rosa: Obrigada, Nathalia, também estou feliz de poder estar aqui, conversar com vocês, com Dora e parabéns, a, o CRP São Paulo por colocar este tema em debate neste momento.

Gigi: Vamos lá, então, né. Hoje nosso bate-papo vai ser sobre a RAPS, antimanicomial, e para quem não sabe, a RAPS é um serviço, um conjunto de serviços de saúde da atenção pública. Deveria ter um caráter co-

munitário, aberto, como era preconizado lá na sua criação. A ideia era que fossem serviços substitutivos aos manicômios. Ele surgiu com o objetivo de ser este equipamento, de se terem equipamentos que pudessem ser substitutivos a estes modelos fechados, hospitalocêntricos e manicomiais.

Apesar disso, a gente sabe que algumas brechas foram se abrindo, isto já faz alguns anos já, né? Instituições que nem são alinhadas à luta antimanicomial, esta cara antimanicomial que a luta sempre buscou que tivesse. Isso foi enfraquecendo os recursos financeiros para o serviço de base comunitária. E aí são esses pontos que a gente quer trazer, hoje, para o nosso debate, principalmente. A gente tem assistido a um verdadeiro desmonte, como eu disse, não é de hoje, já vem de alguns anos, mas que foi intensificado. Principalmente nos últimos três anos. Por exemplo, em 2020. No fim do ano de 2020, teve aquela bomba do Ministério da Saúde que planejava a revogação de 99 portarias, decretos, que regulamentam a saúde mental no SUS. De fato, mesmo, poucas foram verdadeiramente revogadas. Mas a gente percebe que pode ter sido uma cortina de fumaça para tudo o que está acontecendo, também que algumas coisas bem preocupantes, a gente tem visto que passaram, em relação também ao financiamento e alocação dos recursos, né.

Então eu queria que vocês falassem um pouquinho como é que vocês percebem estas ações de sucateamento dessas suas políticas públicas?

Elisa Zaneratto Rosa: Gigi, acho que é superimportante a gente reconhecer algumas coisas. Primeiro, é que a rede de atenção psicossocial foi sendo construída ao longo de muitos anos. Ela compõe, aí, o processo de 30 anos. De mais de 30 anos de luta antimani-

comial, quando a gente foi tentando produzir uma transformação radical na política de saúde mental no Brasil. E a gente foi implementado essa rede de muitas formas. As portarias, os marcos legais... Todo esse campo da legislação, ele constitui uma forma, um dispositivo, um recurso de institucionalização no sentido de implementar essa rede.

Mas a construção da RAPS, ela vai passando por um processo muito mais complexo de mudança de concepção, de implementação de políticas, de financiamento como você falou, de instituição de novas práticas. É verdade que ao longo destes 30 anos a construção... a gente foi construindo uma RAPS que foi muito potente, que ampliou os serviços, diversificou serviços, possibilitou outra presença dos usuários na rede, mas esse modelo sempre esteve em disputa. A gente sempre teve a convivência de posições contrárias à reforma psiquiátrica coexistindo com a implementação da reforma. E acho que neste momento essas posições ganham mais espaço e se expressam de muitas maneiras. Não só o desmonte... ele não se dá exclusivamente a partir da revogação de portaria, ou de outros marcos institucionais de implementação da RAPS.

Penso que é superimportante a gente reconhecer, primeiro, há algum tempo, ainda em 2019, o governo federal, oficializando uma série de portarias e de medidas assumidas ainda na gestão do governo do Michel Temer, se aprova uma política que ele chama de "Nova política nacional de saúde mental", que a gente sempre disse que de nova não tem nada, porque ela reproduz velhos mecanismos. Mecanismos que foram duramente combatidos pelo horror que conduziram. Então, por exemplo, o reconhecimento do hospital psiquiátrico como parte da rede. Por exemplo, a legitimação da internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos. Por exemplo, o retorno dos ambulatórios de saúde mental como parte da rede. A gente deu um salto importante na história quando a gente pôde falar de uma perspectiva de atenção psicossocial, que é muito mais ampla do que de ambulatório de saúde mental. Então a aprovação dessa política nacional de saúde mental vai mostrando uma gestão que conduz... evidenciando que a gente está sob uma gestão que conduz a política pública de saúde mental por uma outra diretriz e para um

outro caminho, e para outro modelo distinto daquele que a gente vinha construindo com a reforma psiquiátrica. É importante a gente reconhecer que a reforma psiquiátrica não é só implementação de uma RAPS, de um conjunto de redes de serviço.

A reforma psiquiátrica aponta para um outro projeto civilizatório, e a gente tem hoje à frente do Estado brasileiro um conjunto de políticas e um projeto de Estado, de sociedade, que é contrário, avesso à perspectiva que nos orientava enquanto reforma psiquiátrica e que se consolidou na RAPS. E isso tudo vai fortalecendo o desmonte da reforma psiquiátrica e o desmonte da RAPS. E quando eu digo um "conjunto de medidas, um conjunto de perspectivas", eu estou falando do retrocesso do conjunto variado de políticas públicas de acesso a direitos, eu estou falando de uma perspectiva que oficializa uma posição de ódio, de intolerância à diversidade... O que foi o eixo central da reforma psiquiátrica da RAPS. Dizer uma defesa da vida em liberdade, uma defesa da diversidade, uma defesa da igualdade na diferença. Então a gente tem uma política de Estado, hoje, que está alicerçada em princípios que são contrários à reforma psiquiátrica e a princípios que dão, portanto, sustentação a RAPS, que é um outro pacto civilizatório, outro projeto de sociedade. E isso sem dúvida exige muito de nós, no sentido de no cotidiano do serviço, nos movimentos sociais, nos espaços comunitários, fazer frente a isso e sustentar esta outra cultura que alimentou, aí, este sonho da sociedade sem manicômios.

Dora Martins dos Santos: Falar depois dessa fala maravilhosa, né? Mas eu vou falar, assim, do lugar que eu estou de usuária da rede. Então... quando eu adoeci, em 1985... Eu sou da Educação, sou professora. E aí eu tive o meu segundo parto e sei lá se eu já estava adoecida, porque você tem que trabalhar, tem que estudar, quase não dorme, toda aquela coisa que uma jovem, um jovem, futuro profissional, seja o que for enfrentam, aí eu adoeci de tal forma que eu quase não tinha condições de tomar banho, pentear os cabelos, tive que mudar, sabe? E aí, quando eu precisei do serviço, a gente não tinha... Acho que naquela época nem se falava em RAPS, porque a RAPS, não sei quando que ela foi instituída, em 1985? Aí meus familiares... Eu fiz um trabalho integra-

do com o Jubert, que ele é um psiquiatra, ele era da saúde, e a gente já vivia na Educação, e em toda a rede de saúde, preocupada com o uso indevido, pela juventude, de substância psicoativa e vinha naquele crescendo...

E aí a gente estava saindo da ditadura, 1985, e nossa Constituição é de 88. Então estava aquela coisa e nós da rede, professores, a gente queria participar das concepções porque vinham tudo de cima para baixo, e aí eu acabei ficando muito mal, com síndrome do pânico, tudo desmoronou, e minha menina tinha dois anos e meio, e o meu menino, bebê.

Tive que vir com a minha família para o estado de São Paulo, tive uma internação domiciliar... Fui para uma clínica particular para tratar, né? E lá não acontece nada de tratamento, né? Mais sossega-leão mesmo e todos os horrores de uma clínica, de uma clínica, tá? Longe dos olhos dos seus familiares e de todo mundo, na hora do banho, tinha pânico, tinham duas muito dopadas de medicação e elas puxavam meu cabelo para enfiar eu embaixo chuveiro. Lá era muito quente onde eu morava, então banho era frio. E a hora que eu ia, voltando daquele efeito da medicação, eu olhava o meu corpo eu via a veia saltada, sabe aquela... Como é que fala? Delírio, né? Aí, o meu irmão achou que a gente não devia ficar mais lá, não podia mesmo ficar, não tinha condições, minha família morava toda para cá, eu vim embora. Aí a gente começou, então, uma saga, né?

Serviços, psiquiatra e tal, e acabei indo para Sorocaba, sei lá onde, hoje que eu ouço tantas histórias sobre o caso, eu penso "meu Deus, onde será que eu entrei?", e remédio daqui, remédio dali, eu não sei se a doença me fazia mais mal ou os remédios que eram colocados para mim. Aí passei pela consulta privada, vim para Botucatu, meu irmão morava aqui, e daí do consultório particular, que foi ficando cada vez mais inviável pelo preço que se pagava e pelo não efeito de todas aquelas abordagens que eram feitas, né? Aí, eu fui enviada para Unesp, no ambulatório da Unesp, e aí o tratamento, aí me mudei, porque aí que eu conheci a luta antimanicomial, né? E daí eu fui encontrando um equilíbrio, mas depois de muitos anos. Mais de dez anos assim. Eu, aqui nesta live com vocês, vocês não imaginam o quanto que isto significa para mim em relação ao quadro que eu fiquei, sabe? Ter medo de

tomar banho, minhas crianças eram pequenas, aquele pânico e tudo.

Aí que eu fui então conhecer a luta, porque eu fui convidada, eu estava melhorzinha, e a ação da cidadania tinha um trabalho de alfabetização. E eu sou professora e achei que podia dar minha contribuição num bairro daqui, e eu vi lá na Unesp, na sala de espera, que a Associação Arte e Convívio tinha... Não sei se ela tinha desenvolvido ou tinha um projeto no trabalho na alfabetização... Aí eu fui atrás. Aí eu conheci a Associação Arte e Convívio, que é uma organização da sociedade civil que organiza os trabalhadores familiares e usuários na perspectiva da convivência através da arte, produção da arte, e hoje na perspectiva da economia solidária e no eixo sete da RAPS. Aí que eu fui então entendendo, me inteirando, me envolvendo com o Conselho Municipal de Saúde.

Mas eu vou falar para vocês. Mesmo no nosso meio, que a gente já tem esta consciência que outras fontes são possíveis, uma sociedade que produz a vida, que o tratamento em liberdade é a melhor forma, que nós, usuários, pelo menos aqui a gente tem esta vivência e experiência, que a gente é artesão, que a gente é artista, que a gente canta, que a gente produz música, que a gente compõe, que a gente é capaz de organizar as nossas lutas, é capaz de ter uma voz, em condições de igualdade em qualquer espaço de participação e exercício da cidadania.

E a gente vislumbra com muita clareza que outra sociedade é possível, que outra economia é possível, e que a gente tem que sempre trazer para as nossas discussões esta dimensão. Porque enquanto for sociedade capitalista, ela é manicomial, produtora dessas doenças todas. Tudo é mercadoria, nossos órgãos... Não acha que isso não grudou na cabeça dos capitalistas? Quando tem este movimento de retorno ao tratamento fechado, e muito estão fechados, a gente está a um passo, neste contexto de Brasil, daquela coisa que acontecia em Barbacena, muita gente morrendo. Aqui, em Sorocaba, recentemente, os professores, aqueles pesquisadores identificaram, lá, gente jovem morrendo. Morrendo sem assistência. Quando se teve lá o TAC, antes do TAC, coisa mais difícil que foi... A doutora Daniela Skromov teve muita dificuldade, foi até perseguida lá no Judiciário da

vida lá, sei lá. Eu acho que mudaram até ela de posição... Mas é o último 18, diz que Sorocaba está resolvida. Agora tem que saber como foi resolvido, né? Se realmente as pessoas foram para RT e dentro dos RTs, são pacientes ou são moradores?

Está certo? Se você ficar numa RT... Igual, eu estou aqui na minha casa, eu sou moradora daqui. Se você precisa, por exemplo, se vai precisar de uma pessoa para me ajudar e tal... mas eu sou moradora daqui. Será que está sendo construída esta autonomia e esta percepção? Quando eu vou... Eu pessoalmente não tenho experiência de CAPS. Agora que meus familiares, os meus netos estão... Recentemente foi instituído um Caps e aqui é uma conquista nossa do movimento em Botucatu. Então eu tenho uma neta e um neto que estão indo, e eu tenho um filho que tem experiência de CAPS e tudo mais. Que aqui a gente tem uma rede quase completa. Essa rede substitutiva, mas eu acho que a gente tem que evoluir a compreensão, ainda é muito forte, entre nós, no movimento, que a rede é uma coisa que substitui a outra, e não é. Ela... a gente tem que perceber que é muito mais que isso, e é muito mais do que a gente entendeu até agora.

Nathalia Barbosa dos Santos: Então, Dora, ótima essa sua fala, de fato muito dura a realidade que você viveu, e aí é um gancho para nossa próxima pergunta, que a gente sabe que hoje os proprietários dos antigos manicômios são os mesmos do que a gente conhece como comunidades terapêuticas, não é? Quase como que manicômios contemporâneos.

Esses espaços inclusive também estão, às vezes, ligados a instituições religiosas, o que dificulta ainda mais, ali, este entendimento de relacionar as comunidades terapêuticas com os manicômios. Então queria saber qual a visão de vocês sobre estas instituições de atualmente, que se dizem terapêuticas, mas gente sabe que tem um pano de fundo aí muito mais difícil.

Elisa Zaneratto Rosa: Então, Nathalia, eu acho que é bem importante a gente trazer isso porque a gente vai vendo como a gente vai reeditando o hospital psiquiátrico nas várias dimensões que o estruturaram na sociedade brasileira ao longo da história, sob

outras formas. Quando eu digo uma ou várias dimensões, eu estou querendo dizer, na verdade, o seguinte, o nosso combate às comunidades terapêuticas, assim como ao hospital psiquiátrico, não é só o enfrentamento de um outro modelo de cuidado, de atenção em saúde mental. É, sem dúvida, um enfrentamento do modelo focado na doença, como agora estava dizendo: o modelo que, ao olhar a doença e não olhar o sujeito, produz a própria doença. Quando Dora falou assim: Desde que eu fui diagnosticada e comecei a me tratar, me tornei a própria doença, é interessante a gente perceber como instituições e práticas de atenção podem produzir isto a depender de como elas são conduzidas. Então as comunidades terapêuticas, elas têm na atenção ao usuário de álcool e outras drogas um modelo e uma orientação tal qual o hospital psiquiátrico. Assim como o hospital psiquiátrico é colocado na cura da doença mental, as comunidades terapêuticas estão focadas na cura, vamos dizer, assim, de uma doença denominada "dependência química", por exemplo.

A gente não pensa que a relação das pessoas com a droga é uma relação complexa, que faz parte da história humana e que ela pode estar dotada de muitos sentidos, e que a gente vai trabalhar isso! A gente está orientada para curar o sujeito dessa suposta doença e ao fazermos isto nós deixamos de olhar para o próprio sujeito. Então a gente tem, nas comunidades terapêuticas, um modelo, vamos dizer assim, tal qual o que orientou os hospitais psiquiátricos. Mas para além disso, ela é [tal qual os hospitais psiquiátricos]! Até porque é orientada por esse modelo. Esse princípio é igualmente o de uma instituição violadora de direitos, e daí nós estamos afirmando isto porque abundantemente fomos investigar as práticas e as intervenções desenvolvidas em comunidades terapêuticas, movimentos sociais, o próprio CRP São Paulo, os conselhos de Psicologia, foram realizadas inspeções nacionais.

Então nós fomos abundantemente identificar as práticas dessas instituições e encontramos ali serviços, estes programas de serviços. São instituições que violam direitos e violam direitos de muitas formas, sob o pretexto de estarem tratando o sujeito, de estarem liberando o sujeito das drogas. Então, viola o direito de o sujeito poder estar em

contato com as pessoas com que ele tem laços, viola muitas vezes direitos do ponto de vista das práticas violentas que acontecem ali, viola o direito de a pessoa ter acesso aos seus pertences, aquilo que lhe confere identidade, aquilo que lhe confere reconhecimento, de si, da sua história de vida. Viola direitos na medida em que explora muitas vezes o trabalho das pessoas que estão ali internadas, enfim. Então as comunidades terapêuticas, elas reproduzem o modelo que a gente levou anos para combater a partir da nossa experiência daquilo que identificava os hospitais psiquiátricos. Mas eu queria dizer que além dela ser orientada por uma concepção, por um modelo e por práticas que são alheias a RAPS, ao que nós construímos democraticamente como rede de atenção psicossocial, as comunidades terapêuticas expressam um outro problema importante, que nós tivemos de combater ao longo destes anos, que é a chamada indústria da loucura.

Nos anos de ditadura militar, no Brasil... a gente chega ao fim da ditadura militar, no Brasil, que é quando a gente começa a reforma psiquiátrica brasileira, com o período de democratização da sociedade e de implementação do SUS, enfim, com cerca de 100 mil leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, dos quais a imensa maioria não tem nem 6%, eram leitos privados financiados pelo setor público. O que respondeu a uma política econômica de saúde, uma política privatista de saúde, uma política de investimento do Estado brasileiro no capital privado, e no capital privado tomando, aí, a área da saúde como uma área estratégica. Então, parte da nossa dificuldade de fechar leito nos hospitais psiquiátricos é enfrentar os interesses que estão em torno destas instituições, porque na sua maioria as instituições privadas recebiam do Estado um financiamento para funcionar, e para funcionarem operando os horrores que representou a história dos hospitais psiquiátricos no Brasil. A questão das comunidades terapêuticas é a reedição dessa história. Não só no modelo, mas no seu mecanismo de financiamento. São instituições alheias ao SUS, elas não são públicas no sentido de que elas são instituições privadas, grande parte delas ligadas ao setor religioso, mas que recebem um financiamento público e ao receberem o financiamento público representam

um setor do campo privado que se beneficia, aí, de um investimento que deveria estar direcionado ao SUS e representam o Estado que está priorizando o investimento no capital privado da saúde.

Eu acho que é importante a gente alertar isso, o que isso significa neste momento de políticas sociais e econômicas do Brasil. A gente vive, no país, o adensamento de uma política neoliberal que para responder às necessidades de recuperação do Capital retira direitos, retroage em relação a políticas públicas conquistadas. E aí uma posição do Estado de favorecer o setor privado, de impulsionar recuperação do capital e parte disto se faz pelo investimento no setor privado da saúde, certo? Eu sempre gosto de lembrar a gente que o ano de 2020 foi um ano de enorme crescimento da pobreza do Brasil, mas um ano em que nós tivemos novos bilionários brasileiros, na chamada lista da Forbes. Então, de crescimento da pobreza porque de crescimento da riqueza, e há um dado que nos mostra, nos evidencia que os que mais enriqueceram do ano de 2020, dos novos bilionários que estão lá na lista da Forbes, os que mais enriqueceram são os que estão ligados ou que são diretamente do setor privado da saúde. Então eu estou colocando isso para denunciar que o nosso combate às comunidades terapêuticas é combate a um modelo manicomial de atenção à saúde mental e é o combate também a uma perspectiva privatista de saúde, a uma perspectiva econômica de saúde, uma perspectiva que toma saúde com mercadoria, que investe no capital privado via aquilo que deveria ser um direito. Colocando... é... financiando serviços que são alheios àquilo que a gente construiu como modelo democraticamente na RAPS, e ao invés de você colocar o dinheiro para fazer funcionar o Centro de Atenção Psicossocial 24 horas, álcool e outras drogas, consultórios na rua, unidade de acolhimento, que são serviços que compõem a RAPS, você direciona o investimento, aí, a serviços que, além de serem violadores de direitos, respondem ao interesse econômico nesse contexto.

Dora Martins dos Santos: Durante a sua fala, eu estava pensando, aqui. Nesta sociedade que a gente vive tudo vira mercadoria, certo? Nossa saúde, a doença... é uma fábrica de doença principalmente nesta área da psiquê, e aí depois que você está adoecido, você com

todo o moralismo, todo lugar que você vai a solução é trancafiar você. Aí independente da condição social quando você tem um dependente ou usuário de álcool e outras drogas, a solução é levar você para um lugar, fechar você lá, deixar você lá... então a gente tem aqui uma questão bastante complexa, bastante difícil, e que a gente tem que pensar com bastante carinho, sabe? E essas coisas físicas. Tem um grupo parece de psiquiatras que são empresários, donos de certos hospitais não sei com quantos leitos e que parece que já está indo dinheiro para lá e não sei o quê... e aí tem que ter cliente. Porque parece que tem um tipo de repasse de verbas que é por cabeça internada, sabe? Então tem todo um negócio ali que joga contra nós, e nós somos, quer queira quer não, os e as indesejadas, os e as problemáticas que têm que estar em algum lugar longe dos olhos da sociedade certinha e bonitinha e tudo mais. E sempre estoura em cima da cabeça daquele mais frágil socialmente, naquela convivência familiar, ou social, ou mesmo de rua e tudo mais.

E aí eu acho que uma proposta, agora, para as nossas... a gente vai ter a quinta experiência, está acontecendo a Conferência Popular, eu acho que é refletir profundamente. E a Popular traz a produção da arte, de saúde... e a gente sabe tem que redimensionar. Eu tenho problema psicológico? Tenho! Tenho uma questão? Tenho! Mas é como eu também tenho comprometimento com o açúcar no meu sangue, a pressão alta. E aí eu não trato, não equilíbrio na rede normal? Por que a saúde mental, álcool e outras drogas têm que ter essa carga? Então eu acho que são várias coisas. Uma é transformar todos os espaços físicos em ambientes de cultura, de produção de arte, produção... sei lá, de memórias da nossa luta. Mostrar para a sociedade, para a juventude que está se formando agora, o que foram esses manicômios, e mesmo nas faculdades de formação, são poucos os estudantes que querem fazer estágio na saúde mental, álcool e outras drogas. Eu não posso falar muito né, assim, porque é mais vida com familiar, uma coisa mais indireta, mas na saúde mental, aqui, a faculdade, aqui, a gente convive com os estudantes, eles têm medo da gente.

Liga de saúde mental, dependendo da liga, eles não querem fazer estágio lá no hospital que a gente tem, sabe? Ou estar se en-

volvendo. Mas eles têm medo. Medo! Então a proposta, a minha proposta para os próximos é, assim, estabelecer uma rede de comunicação nossa, própria, para conversar com a sociedade, conversar com os usuários do SUS, aí, porque a gente não trata só da saúde mental e só da questão de álcool e outras drogas. A gente trata de outras coisas no SUS. Valoriza os SUS, testemunhe o valor do SUS, testemunhe.

A gente dá testemunho fiel, sabe, da política de redução de danos. Como que a gente demonstra na prática o quanto que o trancafiamento é adoecedor, o tanto que a gente é tão cidadã e cidadão como outra pessoa, sabe? E esse paredão do preconceito é a pior... Nem sei se dá para falar isso, mas é um manicômio do caramba! E a gente tem que romper, tem que derrubar essa cerca! Tem que derrubar esse muro do preconceito e mostrar o tanto que nós, usuários, trabalhadores, os serviços, temos de grandeza e de beleza para mostrar para a sociedade nestes 30 anos, sabe? E que é a sociedade que é feia, ela que é manicomial, e ela que é horrorosa, e ela que violenta, e que produz tudo! Essa demonstração a gente tem o dever cívico e de sobrevivência de mostrar!

Gigi: Eu acho que é bem isso que as convidadas trouxeram. Pensando nas comunidades terapêuticas. O que é preciso? O que a gente faz, os movimentos sociais, nos lugares que a gente ocupa como trabalhadoras também, como usuárias de serviços, que é a destruição de uma lógica, que não é só um equipamento, que é isso. Aí, daqui a pouco eles mudam o nome do equipamento e tudo bem então?! Foi deslocado das pessoas com transtornos, ditas com transtornos, para os drogados, usuários. Esse é o público-alvo onde está tendo mais lucro, onde está tendo bastante financiamento, e são várias nuances, desde essas bem concretas denunciadas como a Elisa falou, dos relatórios que a gente tem, de fiscalização, isto é comum. Para mim, que sou conselheira e faço fiscalizações até antes de ser conselheira, como colaboradora, todos esses espaços sempre têm violações de direitos, mas de nuances muito diferentes, desde umas muito concretas, violações, a pessoa passa fome, tortura física e psicológica, e outras menos visíveis até, é como a Dora falou, e independente da classe social, se apela para esse tipo de serviço. Às vezes

a pessoa até tem uma condição e acaba indo para lugares semelhantes, porque a reprodução das práticas é igual.

Tem uma comida melhor, um espaço físico melhor, mas a produção de subjetividade é semelhante, como a Dora mesma falou: A pessoa mesma se reconhece precisando dessas instituições, ela acha que não dá mais conta, é o que causa esses modelos manicômiais. É esse impacto que a gente quer minimizar. Destruir essa... Além de não tratar, então tanto que quem tem dinheiro vai para umas com piscina, bonitinhas, ou quem vai para umas péssimas que eu já tive o prazer de conhecer, horripilantes mesmo em questão de estrutura física, mas tanto uma quanto a outra não produz cuidado, não traz saúde, não tem nenhuma efetividade em relação à problemática que levou a pessoa lá, e ainda faz que ela acredite que precisa de ir de novo, e voltar, e voltar, e fica nesta lógica. Sai, entra e sai, pessoas com 20 e poucos anos que já foram internadas dez vezes, e aí é isso, né? Já abraçou aquele rótulo, é muito difícil a gente ir trabalhando, como psicóloga, assim de ir desvelando isso, de ir tirando essas camadas que a sociedade dura colocou. Então as instituições, seus modelos diferentes e seus nomes diversos que a gente quer mesmo problematizar para chegar ao fim delas.

Nathalia Barbosa dos Santos: Com certeza e é muito importante este olhar para o passado que não é tão passado assim, e esse também é um gancho para nossa próxima pergunta, que é para Elisa. A gente tem, no Brasil, alguns exemplos, aí, dessas realidades como a gente disse, horripilantes. O hospital-colônia na cidade de Barbacena, em Minas Gerais, se tornou um símbolo de descaso em saúde mental. Mais de 60 mil pessoas perderam as suas vidas naquele lugar. Em São Paulo, tem uma história de mais de 100 anos de torturas, estupros, violações de direitos que teve fim agora, no dia primeiro de abril, que é a história do hospital Juqueri, considerado o maior manicômio e mais antigo do Brasil. São histórias deles que vão ficar marcadas, aí, através dos tempos.

Assim como a gente comentou, aqui, e as convidadas comentaram em outros momentos, de fato o Conselho Federal de Psicologia publicou, junto com outros órgãos, um rela-

tório que denuncia e problematiza todas essas atrocidades e privações e a gente sabe que não só pessoas com questões de saúde mental, em sofrimento mental, foram parar em lugares, mas mulheres, crianças, pessoas LGBTQIA+, enfim. Queria que a Elisa falasse um pouquinho sobre esse assunto.

Elisa Zaneratto Rosa: Então, Nathalia, é isso, né? A gente termina o período de ditadura militar ou quando a gente começa o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, começa o período de democratização da sociedade brasileira com aquele número que eu disse de quase 100 mil leitos, em torno de 100 mil leitos, é difícil dizer exatamente por que, inclusive, os dados oficiais não nos permitem um rigoroso acompanhamento disto, de hospitais psiquiátricos no Brasil. Você cita alguns exemplos mais para além dos clássicos, existem os leitos que estão distribuídos em muitos e muitas instituições e muitos hospitais espalhados pelo país, e a gente tem uma questão que acho que nos carrega, nos acompanha, carregamos e nos acompanha na história da reforma psiquiátrica, que, assim, em que pese a gente ter dito que íamos construir uma rede substitutiva de saúde mental, e que portanto tínhamos no horizonte o fim dos hospitais psiquiátricos, a verdade é que concluídos os 30 anos de reforma psiquiátrica no Brasil, nós fechamos muitos leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil.

Quando a gente pega os dados a gente tem, assim, numa primeira década de reforma psiquiátrica, um fechamento grande de leitos, em uma segunda década, um fechamento um pouco mais lento de leitos e daí há muitas análises do porquê disto, inclusive há dificuldade de fechar alguns leitos constituídos pela condição de pessoas que são moradoras de hospital psiquiátrico, enfim. Mas isso totaliza o fechamento de quase 60, em torno de 60 mil leitos em hospital psiquiátrico no Brasil, durante, aí, as décadas de reforma psiquiátrica.

Mas a questão é que sobraram outros sem fechar. A questão é que a gente ampliou uma rede substitutiva de saúde mental, que é a RAPS, sem conseguir colocar fim no hospital psiquiátrico, e é muito importante a gente denunciar isto, porque algumas pessoas usam como argumento contra a reforma que a RAPS, a rede de atenção psicossocial,

a rede substitutiva produziu desassistência. Isso não é verdade! A gente construiu uma RAPS numa velocidade, numa intensidade muito maior do que a gente fechou leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, e isto tem a ver com a dificuldade dos interesses ouvidos no fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil. A gente nunca deixou de ter moradores de hospitais psiquiátricos no Brasil e de produzir novos moradores nos hospitais psiquiátricos no Brasil. Então é isso, a gente tinha no horizonte que a rede substitutiva pudesse pôr um fim nos hospitais psiquiátricos, mas a verdade é que a gente avançou muito na rede substitutiva, avançou significativamente no fechamento de leitos, mas a gente não deu conta de pôr fim no hospital psiquiátrico.

E a gente não deu conta de instituir um mecanismo que seria, assim, leito descredenciado, significa porta de entrada fechada. Então tem um dado interessante, Nathalia, do primeiro para o segundo censo de moradores de hospitais psiquiátricos no estado de São Paulo, em que a gente percebe, assim, do primeiro o censo de moradores de hospitais psiquiátricos, a gente tem uma diminuição do número de moradores das partes psiquiátricas. Mas para nossa tristeza, foi maior o número de moradores que saíram porque morreram do que que saíram porque desinstitucionalizados.

Um outro dado que é forte desse censo de moradores de hospitais psiquiátricos é que do primeiro para o segundo censo, de 2008 para 2014 que estamos falando, a gente produziu novos moradores de hospitais psiquiátricos. Isso é inaceitável! Como é que entre 2008/2014, veja só, mais de 20 anos de iniciada a reforma psiquiátrica, nós fechamos leitos, mas permitimos que outros usuários ingressassem e que se tornassem moradores de hospitais psiquiátricos no Brasil?! Então estou colocando isso porque acho que a gente foi caminhando historicamente para um desenho no qual o hospital psiquiátrico convive com a rede substitutiva de saúde mental. Que é o que a política nacional tenta instituir hoje. Dizer que a rede não é substitutiva. Isso é muito ruim. A convivência do hospital psiquiátrico com a rede significa a gente não sustentar efetivamente uma rede substitutiva, e significa a gente não poder

afirmar para a sociedade que a gente pode prescindir do hospital psiquiátrico, e vejam, gente, prescindir do hospital psiquiátrico não quer dizer prescindir do cuidado intensivo, não quer dizer prescindir necessariamente da internação quando ela é necessária. A gente está dizendo que momentos quando for preciso que o usuário esteja internado, ele tem leitos, a gente quer que esta internação aconteça nos CAPS 24 horas, que são os espaços de cuidados comunitários, aos quais os usuários já estão vinculados, que nos municípios sem CAPS 24 horas, que estas internações possam acontecer em hospital geral, que a dimensão da saúde mental seja atendida em hospital geral, porque esta medida representa uma medida de cuidado e não a medida de captura, como disse Dora, de retirada desse processo da sociedade.

Então, Nathalia, infelizmente a política que se oficializa, hoje, ela representa a vitória de um inimigo que nos acompanhou ao longo destes anos de reforma, que foi a convivência do hospital psiquiátrico com a rede substitutiva de saúde mental, e isto só mostra o quanto é nefasta esta convivência. Agora nossa meta segue sendo o fim de todos os hospitais psiquiátricos no Brasil. Segue sendo a afirmação de uma rede comunitária que seja substitutiva do hospital psiquiátrico, que mostrou historicamente que não produz nada de bom. Eu vou só terminar essa questão dizendo assim: Eu sempre gosto de falar que uma instituição que se propõe a curar e que produz morador de hospital, ela por si só denuncia a sua falência. Então é para a gente questionar tudo e dizer: "Isso não serve mais, nós já conhecemos isso e não tem nada de novo nisso. Nós já conhecemos!"

Gigi: Bom, trazendo um pouco aqui para a nossa triste realidade aqui de pandemia, pegando aí também um pouco do que as duas falaram, a gente tem, então, esses desafios que já vêm desde o início, é uma ideia, é uma contracultura, é uma resistência, é algo que vai contra uma sociedade. Esse tipo de cuidado que a gente defende, em liberdade e comunitário, que tenha este tipo de cuidado. E aí, então, já em origem, já tem suas próprias dificuldades, intensificadas nos últimos anos, a gente já falou de algumas, a Elisa bem falou, que é de 2019, que chamavam de "nova" e a gente falou "De nova não tem nada", e aí veio

a pandemia. O quê que vocês podem falar dos lugares que vocês têm, que vocês estão, que vocês frequentam?

Sobre o que a pandemia às vezes intensificou, ou ela só revelou algo que já estava lá, estas fragilidades, esse desfinanciamento, adoecimento dos próprios trabalhadores, das equipes, a falta de ampliação da RAPS, porque é isto, a gente fala muito de CAPS, né, então tem, sim... tiveram os CAPS, sim. Aqui, na minha cidade, a gente teve CAPS para todos os grupos, um monte de atividade já tinha várias restrições, já tem questões problemáticas, pioraram as restrições de acesso, só quem já era atendido que podia ser atendido, não tinha mais grupo, não tinha um monte de tipos de trabalho que tinha antes. Mas a RAPS não são só os CAPS, a gente falou... a Dora falou das residências terapêuticas, estas pessoas que moram, moravam em hospitais psiquiátricos que estão sob intervenção, que poderiam sair para onde elas vão, como são estas residências terapêuticas, as unidades de acolhimento que nunca vi, quase, praticamente, serem implantadas?

Então se abre esta maior brecha ainda para essas comunidades terapêuticas como às vezes no lugar para a pessoa passar um tempo, e justificado às vezes pelos próprios trabalhadores de CAPS, "Ai, mas a pessoa não tem pra onde ir, aí ela está com problema lá na quebrada, a família não quer mais", e aí as unidades de acolhimento que poderiam e deveriam ser este serviço de residência transitórias para a pessoa, mas tendo esta liberdade de trabalhar, estudar, tudo isto que a gente já vê há anos, estou aí circulando em alguns lugares e vejo que são políticas, ações e serviços implementados. E aí veio a pandemia e mostrou mais isso, intensificou, desvelou, denunciou. Aí, queria que vocês falassem um pouquinho de como vocês veem essas questões, agora, durante a pandemia em que ainda estamos?

Dora Martins dos Santos: Então, nós, assim, de repente, veio a pandemia, a escola fechou, tudo fechou, tudo não sei o quê, e aí foi tudo para um espaço físico adequado ou não e isto... Sabe, uma coisa que já era difícil, complicada, se complicou mais. Porque um grande gargalo é a tal da convivência social mesmo, convivência social que é onde se dá

a convivência de categorias profissionais. Eu acho que aí está um grande nicho para a gente investir. Como é que a gente convive amorosamente, afetuosamente? O afeto, ele é revolucionário. Ele cura! Se ele não curar, ele minimiza o sofrimento. Ele ajuda! Mas a gente já era tudo isolado, um entrava e outro saía, eu não sei o quê... Estava tudo no mesmo estado.

E aí é por computador, e daí você não tem computador, daí você não tem dinheiro para comprar um computador, daí você compra computador e você não sabe mexer com as plataformas. Os professores, gente do céu. O pessoal da saúde, eu não sei como que eles estão conseguindo andar, sabe? Sinceramente, não sei como é que estão conseguindo dirigir o carro para ir trabalhar. E nós da saúde mental, os professores... sabe, ficou um negócio, um vazio, de repente o CAPS se esvaziou, de repente não pode fazer mais reunião, de repente quem ia lá na reunião era para encontrar lá, eu vou falar, assim, do lugar, da experiência que eu estava falando para vocês, CAPS sabe? E isso jogou, deixou ao léu todo mundo! Todo mundo! E aí? E aí, o que fazer? Aí essas famílias que têm um pouco mais de condição, vendo serviço fechado, "ai, um bálsamo, um lugar", sabe? "Ai, até que enfim, é o que eu ainda posso pagar". Coloca lá, paga R\$14.000, R\$13.000... Quem de nós aqui ganha R\$14.000, R\$15.000 para deixar o seu filho lá sendo bem cuidado? Daí quando ele sai de lá, pense os horrores que o jovem passou lá, ou a pessoa passou lá, você pagando para ser torturado. Pagando para passar fome. Pagando para ser amarrado. Pagando para apauhar. Isso é coisa... "Aqui ó, esse aqui é o sossega-leão, esse aqui! Mostra lá o pau..." Sei lá o quê que batia e bate nas pessoas. Isso não mudou, gente! Não mudou!

Mas como é que a gente vai fazer enfrentamento, tem que fazer o enfrentamento. O enfrentamento de que jeito? Olha, a gente tem que começar enfrentar, assim, com uma voz mais ampliada, sabe? E de ter diálogo com a sociedade, de tal forma, como que a gente vai produzir saúde? Como que a gente vai produzir afeto coletivamente e os serviços do SUS, e outros serviços, sei lá... Mas eu prefiro o SUS, mesmo que eu tivesse dinheiro, eu não ia no privado. A não ser que não tenha no SUS, mas assim... Aquelas pessoas que realmente precisam de uma assistência mais assistida,

de uma coisa mais intensiva. Mas como que a gente vai ampliar o diálogo? Como a gente amplia a assistência com toda tecnologia?

Agora, se por um lado é a pandemia trouxe que... Olha, a gente ficou doente, mas eu acho que a gente já estava doente. A gente agravou mais aquilo que emocionalmente a gente estava, psicologicamente a gente estava, sabe? Sabe a Síndrome de Bardo, sei... Criança de nove e dez anos, jovens, com tudo pela frente, fala reiteradamente em tirar a própria vida. E aí, como é que a gente faz? Porque a sociedade capitalista, ela é a sociedade da morte. Quando você tem um governo tipo este daí, que fica mais evidente a necropolítica, porque a necropolítica ela tem como objeto, tudo é mercadoria, tu tens que dar lucro.

Então a gente refletindo assim oralmente, a gente vai pensando em sair. Eu não eu estou muito incomodada que tenha hospital psiquiátrico, com não sei quantos leitos, mais de mil leitos. Parece que eu ouvi falar isso. Você entendeu? Como ressignificar esse ponto e tirar da mão desses empresários da morte, inescrupulosos, e que estão lá em não sei qual associação de psiquiatria? Mas na época do revogação surgiu uma organização dos Psiquiatras pela Democracia. Então a gente tem que ver lá o campo, todas as possibilidades que a gente descobriu. Então eu acho que a gente também caminha para um outro jeito das coisas acontecerem, né, e assim eu estou muito feliz de ter vivido todos estes anos e de ter até agora sobrevivido à pandemia, e estar aqui na luta, no campo da luta antimanicomial, pensando que democracia é saúde, que democracia é a forma de convivência social e tudo, e que a gente tem participação direta, participação representativa... Sabe? Não importa. Importa que haja participação e que nós, usuários, nós, familiares, os trabalhadores que se sintam também o usuário, porque eu me sinto também trabalhadora, sabe? Qualquer segmento profissional, qualquer coisa que não esteja bem no SUS, ou nas unidades dos serviços que eu que eu frequento, até outros que nem precisam estar em Botucatu, é meu problema. Eu tenho que estar pensando e refletindo que é também responsabilidade nossa de estar pensando saídas. E então é isso que eu gostaria de estar colocando aí nessa parte, desta reflexão que a gente está fazendo.

Elisa Zaneratto Rosa: Eu queria só, assim, para a gente não se estender muito, mas é concordar com a Dora, vamos lá, eu acho que a pandemia, ela institui, complexifica a realidade, piora as condições de vida, isto significa um aumento das demandas de saúde mental na sociedade, e se de um lado a gente tem a demanda de saúde mental, de outro lado a gente tem serviços desenhados de modo a dificultar o desenvolvimento de estratégias, que são estratégias de atenção psicossocial, de cuidado comunitário, de cuidado em rede e cuidado coletivo... Os serviços não redesenham o que os serviços da RAPS passaram na pandemia, eles foram sendo modelados para funcionar no modelo ambulatorial, e no modelo ambulatorial, assim, no atendimento pontual de situações de emergência ou de crise, no atendimento individual de demandas dos usuários, com forte risco inclusive de identificar processos de medicalização, porque vejam o que a Dora está dizendo para nós. Ela está falando assim: "Se a gente tem outro jeito de cuidar, de estar na vida, de estar com os outros... Se a gente faz projeto de trabalho, se a gente tem projetos comunitários, a gente precisa menos da medicalização. A hora que a gente não lança mão, não tem a possibilidade de lançar mão de recursos comunitários de assistência, a gente corre o risco de tomar todo sofrimento como patologia e de, como resposta, medicalizar este sofrimento. E daí medicalizar não quer dizer só administrar remédio. Significa uma abordagem patologizante da questão, do sofrimento trazido.

Então eu queria dizer que eu acho que esse é um dos maiores desafios que a RAPS tem hoje. Além de se sustentar, de ampliar a rede, a gente começa a ver, a partir de 2017, o congelamento dos gastos, a gente tem uma diminuição no crescimento de número de CAPS no Brasil. A velocidade com que a gente implementava serviços no Brasil, serviços substitutivos, vai diminuindo, e aí sem dúvida se agrava com a pandemia, mas ao lado disto a gente tem o desafio das práticas desenvolvidas dentro de serviço e acho que um dos enormes desafios, hoje, é a gente se sustentar no serviços da RAPS, e aí eu estou com desde as unidades básicas de saúde, nos CAPS, os serviços territoriais, os serviços residenciais, uma abordagem territorial de atenção, uma aborda-

gem comunitária de atenção, por conta de serviços que foram redesenhados, a coletividade, os dispositivos grupais, a presença cotidiana no serviços, são pilares muito importantes de um modo de fazer o cuidado em saúde mental que na sua ausência a gente vai tratando doença, medicalizando doença, intensificando sintomas diante disto.

Agora eu só queria dizer que assim... Eu acho que diante disso tudo, como a Dora falou, a gente tem muitas experiências de resistência para além dessas que a Dora falou, de como foi possível no movimento social, de como foi possível em algumas formas de atendimento, enfim, a gente tem serviços que foram reinventando modos de fazer, com muitas dificuldades, diante de muitos desafios e acho que a gente tem que tomar isto como uma potência. Serviços que foram, assim, vamos tentar uma forma de fazer grupo, vamos inventar uma forma de acompanhar esses usuários no território da comunidade, fazer redução de danos nas ruas, inclusive considerando a situação da pandemia. Então eu queria dizer, gente, que eu acho que é importante a gente reconhecer, aqui, o desmonte da... Eu não tenho dúvida que a pandemia serviu como uma condição favorável para intensificar o desmonte e o redesenho dos serviços, porque ela destituiu o modelo de atenção psicossocial, ele ambulatoriza o modelo de atenção dos serviços, perde a dimensão do fazer coletivo, do fazer em rede, dos fazeres enfim. Agora ... Se essa política por um lado se intensifica neste momento, se aproveitando inclusive da pandemia, é preciso dizer que não é fácil operar este desmonte, porque a gente tem ao lado da potência dos movimentos sociais a potência de uma rede construída, e esta rede também resiste no cotidiano.

Então cada vez que os trabalhadores ali de um serviço, junto dos usuários, vão pensar qual é a forma de manter um dispositivo grupal interessante, de sustentar práticas inovadoras, de fazer atenção territorial... Cada vez que o trabalhador faz isso, eles estão resistindo ao desmonte da RAPS, então não é fácil desmontar também isto que a gente produziu, e eu acho que este é um desafio importante para este momento da pandemia.

Gigi: Muito bom! Então vamos caminhando, aqui, para finalizar esta parte des-

te quadro, eu acho que a Elisa já sabia que ia perguntar, o que eu ia trazer, já meio respondeu, mas se quiser complementar alguma coisa, eu queria que vocês falassem o que a gente pode esperar, assim, como mudança, quais são as formas de enfrentamento de tudo isso, produção de resistência nas linhas aí de resistência? Qual a importância dos movimentos sociais nessa luta? A Dora falou até da conferência, então, eu estive lá, sim, Dora, estive na etapa preparatória e estava lá sábado também, fiquei até o fim e também acompanhei essas intervenções e tudo.

A gente vai ter, agora em outubro, esta frente ampliada em defesa da saúde mental, da reforma psiquiátrica e luta antimanicomial. Está organizando a primeira Conferência Popular Nacional de Saúde Mental Antimanicomial, tivemos no sábado a etapa estadual, vamos ter a etapa nacional, que é um espaço potente também né, como a Dora falou, assim, realmente a gente cai numa bolha muito boa, assim, de estar, de ouvir tantas confluências, de ideias e de visões sobre os processos, da própria saúde mental né, de todas as implicações que a gente estava conversando. E eu queria que vocês pudessem falar um pouquinho do que vocês vislumbram como resistência, como formas de enfrentar o que está acontecendo, e dos movimentos sociais também.

Dora Martins dos Santos: Eu acho, acho, não, tenho certeza e convicção, temos que *freirear* a saúde. E nós da saúde mental antimanicomial temos o dever cívico e cidadão, e eu como usuária, familiar e tudo né, de *freirear* a saúde, é a saída, sabe? A gente tem que aprofundar mais Paulo Freire. Não só no sentido do seu legado escrito, das produções dele, sabe? Como que se comunica? Como que a gente conversa? Como é que você produz a saúde mental? Como é que você dialoga? Como é que você troca saberes? Eu acho que a Conferência Popular, a nossa, aqui, do Estado de São Paulo, sinceramente me surpreendeu grandemente.

Está certo, a gente trabalhou e tentou fazer nosso melhor. Mas o resultado, não sei se é eu que estava mais bem... mais assim e tudo... Eu vou falar para vocês, tudo aquilo na sequência que aconteceu, sabe, eu acho que é possível *freirear* a luta antimanicomial, a comunicação, Paulo Freire falou da comuni-

cação. A gente está para dentro de nós mesmos, sempre as mesmas pessoas falando do mesmo jeito para nós mesmos. O movimento... porque "movimento social", "movimento", ele é inclusivo, se não for inclusivo não é movimento, é outra coisa. E é isso, sabe, não tem mais como a gente ficar do jeito que está. Você tem que superar. Parece que um dos objetivos da Conferência Popular, coloca isto, as nossas diferenças, nossas divergências, os nossos que viram, aí, história, a matéria do motivo da sociedade que nos mantém um longe do outro.

Às vezes você está no mesmo espaço físico, mas você não está interagindo, você não está ligado por um afeto, por uma comunhão, por uma proposta de superação, de tudo né. E aí é um processo, né? E aí a valorização é do processo. Cada relação com cada paciente, no serviço, sabe? É um processo. Não tem, assim, uma receita. Agora você vai receber um outro com doença parecida, não sei o quê, então, você faça a mesma coisa, não é! Cada relação, ela é única e formada pelas partes ali envolvidas.

Elisa Zaneratto Rosa: Muito bonito, Dora, você trazer o Paulo Freire no centenário dele para esta conversa, e eu acho que queria só dizer, assim, primeiro, não existe reforma psiquiátrica no Brasil independente de um movimento social. Essa a especificidade é a singularidade da reforma psiquiátrica brasileira. Existem muitas reformas psiquiátricas pelo mundo. A reforma psiquiátrica brasileira é uma reforma que se origina, que é gestada pelo movimento social, pelos movimentos sociais, né? Ela tem relação com o movimento da reforma sanitária, com movimento da luta antimanicomial, enfim. Então essa é a nossa condição, nós somos produtos de uma luta numa sociedade que, porque desigual, é uma sociedade que tem projetos conflitantes de futuro, né? De mundo, de vida. Nós somos uma sociedade de dominantes e dominados, portanto a gente tem o tempo inteiro políticas em disputa. A política pública é dada por esta condição de disputa, e houve o momento, então, em que o movimento social fez frente e conseguiu institucionalizar uma política como política oficial, e neste momento, nós estamos num retrocesso do ponto de vista da política oficial, mas a luta enquanto movimento social não termina. E a gente segue

construindo esta política nesta luta. Então eu quero dizer com isso, assim, que de outro lado não existe outra condição para nós neste momento que não continuar lutando, né? Não há outra possibilidade que não resistir diante dessa realidade.

Agora nós vivemos tempos de resistir. Essa é nossa missão. Eu queria dizer, em relação à resistência, só duas coisas importantes. Eu gosto muito desta ideia que a Dora traz de *freírear* a nossa luta, e talvez tenham duas dimensões importantes do *Freírear* a nossa luta. Uma delas é como a gente não separa o movimento social de um lado, o serviço e a rede substitutiva de outro, né? Acho que a gente precisa recuperar as aproximações entre esses campos. A gente, no início do processo de reforma psiquiátrica, os serviços, eles derivavam, eles exalavam, eles nasciam de uma presença muito forte do movimento, da organização coletiva, nos respectivos territórios que surgiam. E acho que isso é uma coisa importante porque muitas vezes os serviços trabalham assim, "nós somos os serviços e lá é o movimento social". É verdade! Serviço é uma coisa, movimento social é outra coisa. É verdade. Mas a dimensão da discussão política faz parte do serviço e faz parte do cuidado. Certo, gente? Então, assembleia de serviço é lugar de discutir política de saúde mental.

Porque a política de saúde mental reverbera no cotidiano do serviço. Então como é que a gente faz? Acho que esse é um desafio para o movimento social, como é que ele produz uma aproximação com os territórios, com usuários, com trabalhadores dos serviços, e é um desafio para quem está no serviço. Não existe falar "aqui é serviço, nós não vamos discutir política". O serviço faz política o tempo todo, no modo como opera a crise, no modo como opera com as questões do território. Então acho que isso é uma questão importante de a gente trazer. Como é que a gente *freíreanamente* reconhece a dimensão política naquilo que nós estamos fazendo e como que a gente, então, *freíreanamente*, traz e aprofunda a dimensão política que constitui aquilo que a gente produz dentro dos serviços da RAPS? Acho que isso é uma coisa importante. E a outra coisa importante que eu acho que também o Paulo Freire pode nos ajudar a entender é compreender que a reforma psiquiátrica, gen-

te, antimanicomial, é sempre mais do que “fecha o hospital e abre rede substitutiva”. Ela é mais do que RAPS, ela é um outro projeto de sociedade, uma outra perspectiva de leitura em relação ao sofrimento psíquico, ela é parte civilizatória, como a Dora falou, um pacto em defesa da vida, da vida plena, da gente poder estar na rua, fazer arte, fazer vida, produzir, existir de múltiplas formas.

Então, gente, acho que uma coisa que é importante neste momento é a gente entender que não é possível, neste momento da história, a gente fazer luta antimanicomial sem, por exemplo, entender que o tema da fome faz parte da nossa pauta, da nossa luta. Sem entender que o tema da vacina faz parte da nossa pauta da nossa luta. Sem entender que o tema do crescimento da pobreza no Brasil faz parte da nossa pauta e da nossa luta. De todas as outras... o adensamento de todas as outras formas de opressão. Se a gente pegar a carta que funda o movimento da luta antimanicomial, ela vai dizer muito mais do que pelo fim dos hospitais psiquiátricos, ela vai dizer pela garantia dos direitos da classe trabalhadora, por uma sociedade antirracista, pela vida indígena, contra as formas de opressão contra as mulheres etc. E daí eu estou dizendo isso porque acho que mais do que nunca é importante a gente ampliar o horizonte da luta antimanicomial, para além de uma luta de abertura de serviços dentro de uma RAPS. A gente precisa ampliar o nosso movimento, adensando e intensificando outros movimentos de luta pela democracia, pela vida, que se colocam no Brasil hoje, né? Pela saúde, pela democracia, e pela vida. Então que a gente possa dar a mão, as mãos, com outros movimentos sociais e colocar na nossa agenda as lutas antirracistas, a luta contra a violência contra as mulheres, a luta pelos direitos da criança e adolescente, a luta contra a fome, a luta pelo SUS em última instância. É isso tudo! É com essas lutas que acho que a gente tem que, neste momento, adensar e fortalecer nosso movimento.

Gigi: Muito bom! Eu acho que fechamos muito bem essa parte. Eu sempre penso nisso também, que a comunicação, a forma de comunicar entre nós é muito importante, ela tem que ser muito diversificada porque mesmo dentro da categoria tem gente que também não vai entender ou fala “mas tem casos”.

Uma questão que é tão ampla, que é tão diversa, que tem que ser tão amplamente debatida e problematizada para trazer para o indivíduo, como a gente falou da questão das drogas.

Então é nas ruas, são diversos jeitos que a gente está, a gente comunicar, e dentro da academia mesmo, das universidades, é muito importante na formação. A gente quer que este podcast chegue nos estudantes de Psicologia e de outras áreas, a gente quer que chegue nas profissionais psicólogas. Mas também eu divulgo para minha família, para os meus amigos... Eu faço parte de um projeto, aqui, de redução de danos que tem uma parte de formação, uma parte na rua fazendo ações de redução de danos com população de rua, e leva também para as suas músicas e às vezes põe outras coisas. Tem gente que é estudante? Tem! Tem psicóloga? Tem! Pessoas usuárias também da comunidade.

Então é o que eu acredito, que tenha qualquer jeito, e tenha uma forma de resistir, ainda mais se tratando dos tempos de hoje que dentro da política macro a gente não está tendo espaço. Então acho que é, se não a única, é a mais potente das formas de resistir, é estar em todos os lugares e comunicando de diversas formas.

Nathalia Barbosa dos Santos: E agora chegou a hora do quadro Psicologia no Dia a Dia. E com a gente, hoje, mais uma vez, está Camila Innecco, que é psicóloga, analista técnica da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP SP. Bem-vinda de volta Camila.

Camila Innecco: Oi, Nathalia! Eu que agradeço por estar aqui mais uma vez, em nome da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP SP.

Nathalia Barbosa dos Santos: No episódio de hoje, a gente está falando um pouco sobre um tema muito importante para o CRP SP e para a Psicologia, que é a luta antimanicomial e a necessidade de ampliar essa discussão, e defender o fortalecimento de políticas públicas fundamentais como SUS, por exemplo. Então vamos falar um pouco sobre a atuação profissional. Camila, qual é importância das profissionais da Psicologia se conscientizarem do cuidado em liberdade?

Camila Innecco: Bom, o Código de Ética Profissional do Psicólogo aponta que os

psicólogos, eles não podem ser negligentes ou coniventes com práticas que violam os princípios dos Direitos Humanos. Então cabe denunciar os casos em que isso ocorra. E é muito comum a gente verificar, nas nossas fiscalizações, nestes espaços, seja em comunidades terapêuticas ou hospitais psiquiátricos, situações, então, de privação de liberdade, maus-tratos, violação do sigilo de correspondência, de acesso aos meios de comunicação dos usuários, castigos, torturas, violação à liberdade religiosa, [de privação de] diversidade sexual, trabalhos forçados e sem remuneração, que muitas vezes vêm com o nome de laborterapia, por exemplo.

Então é importante que o psicólogo, ele esteja atento a isso, porque ele não pode ser conivente, nem omisso. Então, para além de conhecer o código de ética, saber disto, é importante conhecer também a legislação da área de saúde mental relativa aos direitos dos usuários do serviço de saúde. E o que que é exigido, então, nesses locais de internação que podem ter psicólogos atuando? É sempre importante lembrar que a internação, ela tem um objetivo de uma reinserção social e ela deve oferecer uma assistência integral à pessoa atendida e ela é somente o último recurso quando esgotados todos os recursos extra-hospitalares.

Então, assim, como referência na legislação da área de saúde mental, a gente pode destacar a lei da reforma psiquiátrica, que inclusive as nossas convidadas falaram muito sobre a reforma psiquiátrica, é imprescindível que psicólogos conheçam esta legislação.

Nathalia Barbosa dos Santos: É isso, Camila! E infelizmente a gente sabe que alguns equipamentos de saúde pública, em alguns destes equipamentos, a falta de investimento no preparo dos profissionais acaba gerando o comportamento estruturado na ótica manicomializante. Então diante desses casos, da dificuldade, do trato das pessoas, da falta de recursos do sofrimento psíquico, ali, desses usuários que procuram por este atendimento, o que é importante se avaliar e qual deve ser a postura dessa profissional, deste profissional?

Camila Innecco: Então, o psicólogo, ele tem sempre que avaliar e tomar decisões a partir da sua fundamentação teórica e técnica,

ca, né, e tem que prestar atenção na necessidade da pessoa atendida e sempre na busca do menor prejuízo. Então, lembrando que até para assumir qualquer tipo de atividade profissional, o psicólogo, ele deve estar capacitado teórica e tecnicamente para realizar estas ações, sempre fundamental ao seu trabalho, observando os princípios éticos. Então, muitas vezes, os psicólogos acabam assumindo o trabalho que eles até podem ter uma capacitação, mas surgem dúvidas e questões que eles não estão preparados para conduzir naquele momento.

Então é sempre indicado buscar recursos para aprimorar. Então, essa capacitação profissional, seja via supervisão, biografia, cursos, cada profissional tem autonomia para decidir quais recursos vai buscar. Na hora, então, também avaliar se é necessário tomar alguma providência para garantir o direito dessa pessoa atendida, verificar se tem um indício de violação dos direitos, optar por condutas mesmo que isto tenha a ver com a quebra de sigilo, que a gente também já falou um pouco aqui, né?

Apesar de ter a questão do sigilo da privacidade das pessoas, nestes casos de violação de direitos, o psicólogo tem que se basear no menor prejuízo. Então, assim, se no serviço onde ele atua, o psicólogo se depara com esse tipo de situação, é importante avaliar a metodologia do atendimento, sempre dialogar com as equipes e com gestores para buscar as melhores condições. E aí, se a gestão do serviço não adotar as medidas necessárias, a gente sempre orienta também a encaminhar essas questões para o Ministério Público que vai poder intervir na garantia da condição adequada da oferta de serviços.

Em relação a questões trabalhistas, que às vezes podem envolver atuação do próprio psicólogo, é importante também acionar o sindicato dos psicólogos e o Ministério Público do Trabalho. E no mais, para orientações sobre, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo está sempre disponível. Acho importante também deixar aqui, como referência, que inclusive as nossas convidadas citaram e vocês também, são dois documentos. Um que é sobre hospitais psiquiátricos no Brasil, que toma inspeção nacional realizada pelo Conselho Federal em 2019. E a gen-

te também tem outro relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas, que foi publicado em 2018, que pode ser consultado sobre esse assunto. Tem também uma cartilha que é muito importante, que a gente sempre recomenda, que é O Tecido e o Tear. Está disponível no site do CRP SP e também ajuda muito o psicólogo nesta tomada de decisão diante destas situações de violação de direitos. Bom, este quadro foi feito a partir da escuta das profissionais, e você, profissional, está precisando de orientação ou espaço de escuta? Entre em contato com o Conselho.

Nathalia Barbosa dos Santos: Muito bacana! E eu queria lembrar também do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, CREPOP, além de estar completando 15 anos, é uma fonte de referência para toda a categoria e para toda a sociedade. Então, muito obrigada, Camila. E até a próxima!

Gigi: Pessoal, então eu queria agradecer, em nome do CRP de São Paulo, a participação de vocês, foi muito importante. Esta discussão faz a gente pensar, refletir no que a gente pode ser melhorar em nós mesmas e nos

nossos espaços de convivência, de trabalho, de resistência... E muito agradecida mesmo, Dora e Elisa.

Elisa Zaneratto Rosa: Obrigada, Gigi, foi muito bom estar com vocês!

Dora Martins dos Santos: Foi mesmo, eu também amei e estou sempre à disposição. Nossa casa, aqui, está às ordens, qualquer coisa que vocês precisem, aqui em Botucatu, fazer um curso para a TV, nem sempre a gente tem a tal da ajuda, a gente está aqui de braços abertos, viu, para receber vocês e muito obrigada pela tarde, pela reflexão. Amei estar com vocês!

Nathalia Barbosa dos Santos: E para você que está chegando aqui agora, seja muito bem-vinda, muito bem-vindo. Nós nos encontramos no próximo episódio e não deixe de nos acompanhar nas redes sociais do Conselho e no nosso site: www.crp.org.br

Ete foi o Estação Psicologia, o podcast do CRP SP.

EP 04 | Cuidado em liberdade: Redução de Danos e Estratégias de Cuidado

Autoria:
Annie Louise Saboya Prado

A redução de danos é aliada à defesa da saúde mental humanizada, do tratamento em liberdade e da Luta Antimanicomial, caminham lado a lado há décadas, em vários lugares do mundo, e já existiam com outros nomes entre as/os usuárias/os de drogas organicamente. Numa perspectiva crítica e ampliada, sabemos que o envolvimento com o uso de drogas não se inicia com o intuito de autoflagelação, as pessoas usam drogas por vários motivos: ritualisticamente, por curiosidade, para se sentirem parte de algo ou de um grupo, para serem aceitas, para se desinibirem (muito comum no álcool, por exemplo), para se automedicarem, entre muitos outros motivos, mas não com a prerrogativa inicial de fazerem mal a si mesmas. O autocuidado associado ao uso de drogas e formas menos prejudiciais de uso sempre estiveram presentes na vida de usuárias/os e foi junto com estas/es usuárias/os que toda e qualquer forma de redução de danos foi – ou deveria ser – construída.

Também nessa mesma linha de reflexão, sabemos que os motivos para que as pessoas continuem usando drogas e até possam fazer um uso prejudicial são cheios de atravessamentos diversos que muitas vezes versam sobre fragilidades e vulnerabilidades sociais. Não podemos ignorar a História e tantos relatos pelo mundo de que o uso de drogas caminha junto com a própria história da humanidade, mas usos prejudiciais devem ser olhados pela perspectiva da Psicologia e da saúde mental.

E algumas pessoas podem, sim, precisar de apoio e atendimento, que devem sempre estar alinhados aos princípios dos Direitos Humanos e da Reforma Psiquiátrica.

Além de ser uma ferramenta, a redução de danos é também uma visão de mundo apoiada nos princípios éticos fundamentais de nossa profissão, é uma perspectiva de atuação ética e responsável. Dentro do nosso Código de Ética Profissional da/o Psicóloga/o,

podemos destacar o **Princípio Fundamental III: O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural**. Sendo assim, não há como ignorar os atravessamentos da sociedade estruturalmente racista, machista, transfóbica e com desigualdades sociais absurdas que impedem qualquer equidade de acesso ao lazer, à cultura, à saúde e tantos outros fatores de proteção ao uso problemático de drogas.

Como psicólogas/os e pessoas que defendem o cuidado em liberdade e a saúde mental por uma perspectiva ampla, sabemos que há fragilidades e condições que podem ser vistas como individuais e não atravessadas por tantos marcadores sociais. Mas o que é individual, numa sociedade como a nossa, também é difícil de se delimitar, ainda mais no campo das drogas ao se considerar o proibicionismo, o verdadeiro problema. A lógica proibicionista violenta todos os tipos de corpos, até mesmo o mais privilegiado que pode até ter acesso a drogas de melhor qualidade, de forma mais segura e assim ter menos – ou nenhum – problemas com a Justiça. Ainda assim, a visão da/o “drogada/o” na sociedade é carregada de aspectos negati-

vos e mesmo estas pessoas podem passar a viver adoecidas por não estarem atendendo ao que se espera delas, por não estarem produzindo o suficiente ou no formato esperado na sociedade capitalista, sofrendo mais com este peso do que com o próprio uso em si.

São muitas nuances dentro da mesma questão, no proibicionismo, são ainda os grupos mais vulneráveis os mais afetados pela suposta “guerra às drogas”, que tanto chamamos, dentro da redução de danos, como “guerra contra (certas) pessoas”. Essa guerra prejudica pessoas diferentes de formas diferentes, negras/os, mulheres, população de rua, travestis, jovens periféricas/os são encarceradas/os e mortas/os diariamente. O uso de drogas ou qualquer envolvimento, mesmo que indireto, autoriza a retirada de direitos e até mesmo da vida destas pessoas nesta lógica proibicionista.

É nessa linha de reflexões e questionamentos que o podcast “Redução de Danos e Estratégias de Cuidado” traz dois convidados especiais, Otaviano Lopes dos Santos e Maria Angélica de Castro Comis, para elucidarem e aprofundarem o tema. Aproveitem!

Podcast: Estação Psicologia**Episódio:** 4**Tema:** Redução de Danos e Estratégias de Cuidado**Tempo:** 01:13:26**Âncoras:** Annie Louise Saboya Prado e Nathalia Barbosa**Entrevistadas/os:** Otaviano Lopes dos Santos, Maria Angélica de Castro Comis e Jumara Silvia Van de Velde

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Olá! Está começando o Estação Psicologia.

O podcast do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Nathalia Barbosa: Nos acompanhe mensalmente e fique por dentro de entrevistas com convidadas e convidados falando sobre saúde mental, cuidado em liberdade e outros temas importantes para a Psicologia. Eu sou a Nathália, jornalista, estudante de Psicologia e editora deste podcast.

Gigi: Eu sou a Gigi, psicóloga e conselheira do CRP SP. E para embarcarmos no bate-papo de hoje, nós vamos receber o Otaviano Lopes dos Santos, que é facilitador, redutor de danos, atuante na Baixada Santista, membro do grupo DiVerso, ex-morador de rua e usuário de substâncias. Otaviano, é um prazer contar com você por aqui. Bem-vindo!

Otaviano Lopes dos Santos: Uma boa tarde a todos! Como ela falou, eu sou Otaviano e já morei muito tempo em situações de rua. E sou de Minas. Não sou daqui de São Paulo. Sou mineiro. E através da redução de danos, eu hoje me encontro numa universidade, faço os meus cursos, sou facilitador, como são tempos muito difíceis, e tenho muita experiência com o pessoal em situação de rua. E a gente busca sempre essas construções, porque está muito difícil, ainda mais em tempos de pandemia.

Eu já estou em Santos desde 1990. Trabalhei muito com reciclagem. Hoje eu faço os meus "biquinhos", sou pedreiro e vou levando a vida assim. Não tem muito o que fazer. Mas eu estou somando com esta minha turma da Universidade. A gente faz parte também da saúde mental, a gente faz parte do GAM, então eu não fico parado, eu estou sempre na área da saúde. Estou sempre somando com essas vulnerabilidades, que estão muito, né?

Nathalia Barbosa: Está com a gente também a psicóloga Maria Angélica Comis, que é redutora de danos, coordenadora-geral de advocacy do Centro de Convivência É De Lei, e também é especialista em Medicina Comportamental, Terapia Cognitivo-comportamental e mestre em Psicobiologia pela Unifesp. Angélica, seja muito bem-vinda!

Maria Angélica Comis: Muito obrigada! O prazer é todo meu!

Gigi: Bom, no debate de hoje, a gente vai falar um pouco sobre redução de danos, uso de drogas, medicalização... A gente também refletiu um pouco sobre um dado, uma pesquisa que foi realizada pelo Centro de Convivência É De Lei, a Angélica vai poder falar um pouquinho também sobre o aumento de uso no consumo de drogas, sendo elas legais ou não. A gente sabe também das medicações, que aumentou este consumo entre a população que esteve diante do isolamento, do distanciamento social.

Lembrando que esse foi e ainda é um método efetivo de contenção da disseminação do vírus, que ainda estamos tratando e cuidando como população. Então pensando nesse cenário que eu comentei, e também na perspectiva de vocês, o que vocês gostariam de falar sobre o que é a redução de danos? Porque também a gente ouve de alguns setores conservadores que, não que sabe exatamente se propositalmente, trazem uma visão errada sobre a redução de danos, sobre ser apologia às drogas, queria que vocês comentassem um pouquinho, relacionando com este contexto atual brasileiro.

Maria Angélica Comis: Bom, eu acho que vocês citaram um pouco a pesquisa que a gente fez pelo Centro de Convivência É De Lei, foi uma pesquisa on-line, então já vale a gente

dizer que a gente não conseguiu acessar todo mundo que a gente gostaria, porque a gente sabe da dificuldade de acesso aqui no nosso país sobre as pessoas mais vulneráveis, em acessarem a internet, mas foi uma pesquisa feita pela Ana Cristhina Maluf, que é uma colaboradora da De Lei, que está fazendo doutorado na Unicamp, na área de toxicologia, e foi uma pesquisa também baseada num estudo colombiano. Num survey colombiano.

Então nós pedimos autorização para o pessoal da Acción Técnica Social, que é uma organização não governamental de Bogotá, e a gente adaptou e traduziu este questionário, adaptou para o português. E foi muito interessante, porque a gente teve mais de quatro mil respostas nesse survey, e aí, o que a gente identificou? Os principais achados? Foi que houve o aumento do consumo de álcool significativo durante a pandemia, e vale ressaltar também que a coleta de dados foi em maio de 2020. Durante o mês de maio de 2020. Então teve esse aumento. E em relação às substâncias ilícitas, por exemplo, cocaína, não teve muita diferença. Então também não teve muito aumento, nem diminuição no uso de cocaína. Tabaco, algumas pessoas ali trouxeram o dado de que tinham diminuído. Acho que também por conta do medo da covid, ser relacionada ao pulmão, tabaco e tal. Houve também um aumento no consumo de maconha.

Não teve muita informação significativa sobre o consumo de cocaína fumada, do crack, justamente porque grande parcela da população que faz uso do crack não teve acesso para responder o questionário. Mas também a gente identificou o consumo elevado de medicamentos controlados. Então, nessa pesquisa os dados foram coletados em um curto espaço de tempo, mas a gente consegue fazer algumas associações a partir destas informações, por exemplo: o álcool, por ser uma substância que é depressora do sistema nervoso central, muito usado ali para diminuir a ansiedade, e da mesma maneira muitos medicamentos ali, principalmente os benzodiazepínicos, que também são depressores do sistema nervoso central, sendo usados mesmo sem prescrição para o controle de ansiedade. Um ponto também interessante e que eu acho que a gente pode olhar, são os indutores do sono, a família Z, Zolpidem, esta galera que está sendo bastante prescrita, e também está sendo muito

utilizada sem prescrição. A gente já sabe que os benzodiazepínicos, eles podem até causar dependência. E esses indutores do sono, a gente sempre considerou mais seguros. Pelo menos a classe médica sempre considerou mais seguros.

No entanto, existem relatos de pessoas dependentes desses medicamentos, que tomam doses elevadíssimas, o que pode colocar a pessoa muito mais em risco, porque são medicamentos que tanto em risco físico de quedas, quanto de vexatória, porque às vezes a pessoa toma e ao invés de tomar na cama antes de dormir, ela toma e vai fazer outras coisas. E aí manda milhões de mensagens em grupos, enfim. Pode passar vergonha também por conta disso.

Mas o que vale muito a gente pensar é o quanto a gente tem um acesso fácil também, relativamente fácil, às substâncias e como a própria propaganda do álcool, nos mercados, aumentou. E é muito maluco a gente olhar, tudo bem, o álcool é uma substância lícita, só que é um grande problema de saúde pública no nosso país. E aí quando a gente pensa na redução de danos, acho que eu vou tentar emendar um pouco isto neste comentário, quando a gente pensa na redução de danos, a gente está pensando numa lógica de cuidado que é pautada na realidade e se a gente tem uma realidade em nosso país em que os dados epidemiológicos são mascarados, ou muitas vezes o governo publica apenas uma parte das pesquisas, tem a questão da mídia que faz uma estratégia de medo dizendo: "Ah, fumou crack uma vez, vai se tornar dependente", ou "temos uma epidemia de crack no país", a gente tem que ficar muito atenta, por quê? Quando a gente está trabalhando com a população mais vulnerável, a realidade que é apresentada é bem diferente da que a mídia traz. E isso faz com que a redução de danos seja aquela estratégia de maior aproximação com as populações mais vulneráveis.

E toda essa discussão sobre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas traz uma reflexão muito relacionada à moralidade, e muitas vezes a redução de danos é demonizada justamente por isto. Porque é uma disputa política muito grande que existe em torno do uso de substâncias. São muitos poderes que ganham muito dinheiro com isso. Então o que

acaba acontecendo? É muito fácil para alguns políticos dizerem que a redução de danos faz apologia ao uso de drogas. Mas é muito pelo contrário, a redução de danos ela faz apologia à verdade e à realidade.

Então, baseada na realidade, na demanda dos usuários e das usuárias, é que a gente vai traçar estratégias que sejam menos danosas. E para além disso, existe uma disseminação de que a redução de danos é contra abstinência, e eu acho muito importante a gente frisar aqui que não, a redução de danos pode ser um caminho para as pessoas que escolhem ficar abstinentes. Eu acho que é muito importante a gente disseminar essa informação, porque o contrário também está sendo fortemente disseminado.

Otaviano Lopes dos Santos: Eu gosto muito de falar sobre isso e ajudar as pessoas nesse ponto, conversando, tendo aquela escuta. Às vezes eu gosto mais de escutar eles falarem para mim como que está a situação, o que está passando. A gente presencia muitas coisas as quais a gente não admite, sabe o que é errado.

Eu faço o possível para mostrar. Eu levo, eu tiro as pessoas das ruas, e pessoas que eu sei que querem falar, que tenham coisas para falar. Eu tiro eles das ruas e convido sempre, “Vamos lá para a Universidade com a gente, participar de um curso”, apresento, porque quando uma pessoa vê que você está dando valor para ela, mesmo ela sendo usuária de substâncias, eu acho que ela vê que está sendo reconhecida das ruas para uma universidade, com aquela equipe maravilhosa. Então isso é uma coisa que a gente vê, porque faz quatro anos que eu participo da Universidade Federal. Quatro anos. Mais de quatro. Aí veio a pandemia e ficou mais complicado. Mas mesmo assim a gente não parou! A gente deu continuidade. Não temos aqueles seminários com duas mil pessoas, porque não pode. Mas acho que logo, logo a gente vai voltar a ter, onde a gente vai encontrar o Brasil todo junto, ali, falando das dificuldades, das construções, das desconstruções.

É um prazer imenso quando alguém fala assim: “Vem com a gente. Vamos ali falar um pouco da redução de danos. Vamos falar um pouco de você”, porque eu acho que quando eu estou falando de mim, eu estou trazendo tam-

bém as outras pessoas. Eu não estou falando de mim. Eu estou falando das dificuldades em geral. O que eu passei, o que às vezes ainda passo. Porque a gente ainda é muito discriminado nas ruas. Às vezes você chega em um estabelecimento público, onde tem bastante pessoas engravatadas, às vezes eles não olham você com aquele fascínio, sabe? Eles olham para você com maneiras de deboche.

A gente é discriminada. Os estigmas e preconceitos, estereótipos, cada hora tem um. Sempre a pessoa está querendo colocar a gente para baixo. Não são todos, mas a gente ainda vive muito com isso... Eu tenho problemas com drogas e álcool, porque eu faço parte da saúde mental e eu tenho os cuidados, até dentro da minha casa eu tenho estes problemas, porque digamos que eu tenho pessoas na minha casa que têm uso compulsivo, e eu tenho que estar aprendendo a lidar com isso. A redução de danos me ensinou a lidar com isso. É muito gratificante quando você obtém êxito, se você está naquele... A sua meta é atingir aquele patamar, e você consegue. Eu faço isso com o maior prazer, e não é muito fácil. É difícil. Porque a droga, o álcool... Quando a gente vai falar de droga, a gente tem que levar o álcool em primeiro lugar, porque é por aí que começa tudo.

E a gente lidando com isso em primeira mão, porque eu bebia muito quando eu morava nas ruas, gente, eu dormia com a minha garrafinha do lado, eu bebia para dormir e acordava para beber. Eu tive esses problemas, sim, e graças a esta turma da Universidade, consultório na rua, que foram chegando e me resgatando de pouco a pouco, eles chegavam, me levavam para tomar uma vacina, até que enfim me colocaram nos médicos, e eu lá na rua. Mas eles acreditaram em mim. Foi onde eu vi que eu tinha o meu valor.

Aí a minha autoestima foi subindo, a cada dia eu me sentia mais pessoa, mais humano, porque eles se preocupavam comigo e não era com as drogas. Eles se preocupavam, e não queriam saber se eu estava fumando uma maconha, um crack... Eles queriam saber se eu estava bem, o que estava acontecendo comigo ali nas ruas. Eu fiz a minha recuperação assim do nada. Não que eu me recuperei por completo, mas depois daquela época que eu saí das ruas, eu nunca mais voltei para as ruas, sabe?

Eu convivi com pessoas que vão para uma clínica, ele fica numa clínica terapêutica por seis meses, um ano, quando ele volta da clínica, ele volta pior. Sabe? Eu não fui assim, eu fiz um tratamento médico, tive que ficar, sim, uns dias, internado, mas não era uma clínica que era roça e reza. Era uma clínica médica, onde se cuidou da minha saúde. E aí eu pensei: “Por que eu vou sair daqui todo recuperado, gordo, bonito, forte e vou voltar para a mesmice?” Eu bebo, sim. Eu bebo, faço uso de substâncias, mas eu me sinto bem. Eu me sinto capaz de dizer que estou vivo.

É sempre um prazer falar disso. Assim que eu tiver oportunidade, eu quero falar mais, e assim que precisarem de mim, podem me encontrar, que eu tenho uma equipe muito maravilhosa. Nós somos. A gente tem este carinho muito especial pelas pessoas.

Nathalia Barbosa: Aproveitando, então, Otaviano, você já respondeu inclusive uma parte da nossa próxima pergunta, que é justamente isto, a gente sabe que aqui, no Brasil, as principais vítimas da violência estão dentro dos grupos sociais que são mais estigmatizados. Então as pessoas negras, povos indígenas, a população empobrecida, mulheres, a população LGBTQIA+. Só que ao mesmo tempo, essas mesmas pessoas são alvos destes sofrimentos que são causados pelo uso das substâncias, como você mesmo disse, começando ali principalmente pelo álcool, por ser uma substância legal, de fácil aquisição, e aí, em contraposição, a gente vê pessoas de outras classes sociais que também fazem uso de substâncias, mas têm uma realidade completamente diferente, são vistas com um olhar completamente diferente. Então eu queria saber o que você pensa a respeito desta diferença de como se enxerga uma pessoa que está dentro destes grupos que são mais segmentados e estigmatizados, como se enxergam estas pessoas consumindo e fazendo uso de algum tipo de substância, e como se enxerga uma pessoa de classe média alta fazendo uso dessas substâncias também?

Otaviano Lopes dos Santos: Eu francamente te falo, quando eu vejo um rico, às vezes até eu vejo uma batida de carro, uma moto, que eles batem... Você nem sabe como aquela pessoa está dirigindo aquele veículo. A velocidade quando ele está mais... Quer dizer, eu vejo a

droga para eles, uma coisa que eles não veem o outro lado dela. Eles pensam que eles são beneficiados porque têm dinheiro. Às vezes eu andando nas ruas, o carro só falta passar por cima de mim, aquela pessoa não está normal. Ele é rico, ele tem dinheiro, ele não está nem aí. Ele faz o uso da droga que ele quer. Mas a pessoa que está assim mais... uma negra, uma lésbica, um homossexual, acho que ele é bem mais discriminado quando o pessoal sabe que ele usa, que ele faz uso. O pessoal não vê na gente, igual eu falei, “pessoas”.

Por a pessoa ser negra, por a pessoas ser... só de ter o cabelo enrolado, às vezes, pessoal já acha que é um estigma e ele já quer associar você ao uso de drogas, às vezes você tem o cabelo enrolado e nem faz uso de substâncias. Já pensam assim. Porque é negro, cabelo enrolado, um rastafári, que eu sempre usei o cabelo grande, então já cansei de chegar assim e o pessoal ficar me olhando por causa do cabelo. Não estava usando droga, nem nada, mas o pessoal já me associou assim. Então é mais difícil eu avaliar a diferença entre eu e um “bacana” no uso de substâncias. Temos agora o tratamento à base da cannabis, que é o canabidiol.

Quantos têm plantio em casa, na estufa, lá no prédio, lá no hidropônico? Porque ele tem condições de fazer aquilo. O pobre, se ele plantar um pezinho no fundo do quintal e a polícia pegar, ele vai preso. Um pezinho que ele plantar, entendeu? É tudo isso. Fica tudo mais difícil desde quando a vulnerabilidade atinge, se você está ali daquele jeito, você vai ter que passar por aquilo. É muito difícil. O que está acontecendo é que as pessoas não estão se preocupando com o pessoal que está em situação de rua, os mais vulneráveis, com eles. Porque o rico, ele acende um baseado no carro, põe a mão até para o lado de fora, todo mundo vê ele ali, só que ele está numa BMW, está num carrão.

Então, agora o usuário de drogas, se ele foi arrumar um dinheiro, ele fez um trabalho do pessoal que está na rua, ele vai ali cata um papelão e arruma um dinheiro bom e põe no bolso. Aí ele vai ali, por exemplo, e pega duas trouxinhas de maconha, ou três. Aí se o policial for dar uma revista nele e achar ele com aquele monte de dinheiro e a droga no bolso, já vai querer associar ele ao tráfico. Ele não

vai pensar que o usuário está com aquilo para poder usar.

Maria Angélica Comis: Bom, primeiro que a gente vive num país extremamente desigual, socialmente desigual, um país extremamente racista, elitista, moralista. Então, a gente tem lidado... Bom, falando um pouco da experiência do Centro de Convivência É De Lei. Desde do começo dos anos 2000, a gente trabalha justamente com a população mais vulnerabilizada que é esta população pobre, preta, periférica, LGBTQIA+, mulheres, porque a gente entende que todo este processo, esta sociedade capitalista que a gente vivencia tem um apelo pelo consumismo.

Então muitas vezes você não é mais o que você é, você é o que você tem. E aí, em relação às drogas, é a mesma coisa. Porque esse estímulo intenso de "consumir, consumir, consumir", consumir telas que atualmente a gente nesta "overdose de telas", também tem a ver com isso. E aí as pessoas acabam utilizando essa forma, "ah, a pessoa utiliza substâncias, então ela vale menos", né? Essa estigmatização das pessoas que são usuárias de substâncias. É muito maluco a gente ver isso porque mesmo com as lícitas, quer dizer, com as lícitas menos, por exemplo, álcool, do álcool existe toda uma glamourização, porque "estamos aqui no home office tomando vinho". E por que a pessoa em situação de rua não pode brincar com um Corote?

É óbvio que se ela tivesse acesso a uma substância com maior qualidade, talvez ela fosse brindar também com um vinho. Essa desigualdade, ela faz com que as pessoas não tenham acesso até mesmo às drogas de qualidade. Por exemplo, na pandemia, na nossa pesquisa, a gente identificou que as pessoas diminuíram o consumo das substâncias sintéticas. MDMA, LSD, talvez a gente ache. E são substâncias mais caras também.

Talvez uma hipótese que a gente possa levantar é que como o tráfico da Europa para o Brasil ficou mais difícil durante a pandemia, isto pode ter diminuído a oferta das substâncias no Brasil. Por outro lado, a gente também pode levantar a hipótese de que as pessoas acabaram optando por outras substâncias, porque o álcool estava mais fácil de acessar ou porque as pessoas acabam não querendo encontrar... a gente estava

em um período de isolamento social, então, de não encontrar o traficante para comprar. Então tem muitas nuances que influenciam. Agora, e quem está na rua?

A pessoa continua exposta, muitas vezes, sem informação sobre a própria pandemia. A gente teve que fazer uma ação na região central de São Paulo de explicar o que estava acontecendo, porque no começo da pandemia, o comércio fechou e as pessoas não sabiam o que estava acontecendo. Então a gente fez uma ação de colagem de materiais sobre prevenção à covid nos muros, nos postes, para tentar explicar para as pessoas o que estava acontecendo, porque elas têm tanta desvantagem de acesso, que não tinham acesso a esta informação. E aí quando a gente fala das pessoas mais afetadas pela política de drogas, pelo proibicionismo, são justamente as minorias. Que se a gente se juntar, não vai ser mais minoria.

Se a gente juntar, por exemplo, a gente sabe que a gente tem alguns projetos que são específicos para a população LGBTQIA+, e por quê? Porque são pessoas extremamente estigmatizadas e que também são usuárias de substâncias. E aí, muitas vezes, são estigmatizadas por terem a orientação sexual que têm, além do uso de substâncias.

A gente está falando de uma estigmatização muito pautada tanto na classe social, quanto na raça, quanto se a pessoa tem moradia ou não. A gente não pensa na reparação que a gente pretende fazer com a população mais vulnerável, que é população mais presa, que é a população que sofre mais violência policial. Qual é a reparação que o Estado ou que a própria sociedade vai fazer em relação a essas pessoas? Então quando a gente tem e inclui pessoas que usam substâncias psicoativas junto nos nossos debates, e que estão em situação de vulnerabilidade, poxa, é mais do que a nossa obrigação fazer isto. Porque são eles que estão lá sofrendo essas violações, enquanto a gente está em casa fazendo home office. A gente tem uma leitura, no território onde a gente trabalha, que a violência policial durante a pandemia aumentou tremendamente.

Semanalmente tem bomba na cena de hoje, principalmente aqui da região central de São Paulo. E toda uma construção política que,

por exemplo, a gente tem um programa, aqui em São Paulo, municipal, chamado Redenção, que no texto que foi para o Ministério Público é até um programa viável. Inclusive a gente tem uma política municipal que diz que é feita a redução de danos. Agora, qual a redução de danos aplicada aqui pelo município de São Paulo? Ninguém sabe, ninguém viu. Porque eles interpretam que fazer o projeto terapêutico singular é redução de danos. E não é só isso, né? É óbvio, toda pessoa atendida tem que ter o projeto terapêutico singular.

Agora, dar acesso à água para as pessoas em situação de rua é uma baita estratégia de redução de danos. Quem que faz? A sociedade civil. Porque o poder público não faz. Mas está escrito no programa que faz redução de danos. Então a redução de danos que a gente vislumbra e a perspectiva que a gente atua são a partir da demanda das pessoas, construir estratégias para diminuir os riscos relacionados à relação dela com a substância. Mas vai além disso. É discutir a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, é entender quais são os consumos que estão acontecendo. A gente teve aí uma mudança dos anos 90 para cá de diminuir o consumo de injetáveis, mas não teve mudança estrutural que possibilitasse acesso às pessoas, então, as pessoas continuam, na vulnerabilidade, fazendo sexo sem preservativo para obterem a substância.

Então a gente teve lá nos anos 90 uma... A gente conseguiu breçar o HIV, a transmissão de HIV, mas hoje em dia quem é a população mais vulnerável que tem maior prevalência de HIV no Brasil? É justamente a população da qual a gente está falando, pobre, preta, periférica, LGBTQIA+, usuários de substâncias, mulheres, profissionais do sexo.

Então se a gente não tem uma mudança estrutural do país, a gente não muda a desigualdade, a gente não interfere na desigualdade social, vai continuar sendo a população que mais vai sofrer com todas as questões relacionadas não só ao uso de substâncias, mas também à criminalização, às infecções sexualmente transmissíveis.

Gigi: Bom, é... A Angélica trouxe bastante informação sobre o impacto do proibicionismo em relação às diferenças, ao prejuízo que o próprio proibicionismo traz muitas vezes

ou, na minha opinião, sempre maior do que o próprio uso das substâncias. A gente sabe também que o proibicionismo, como Angélica apontou, traz uma dificuldade de acesso a drogas de melhor qualidade, sendo elas lícitas ou ilícitas, traz informações deturpadas, cheia de dados errados mesmo, muitas vezes intencionalmente para confundir as pessoas, para que elas continuem consumindo, continuem excluídas da sociedade mesmo, do próprio cuidado ou se culpabilizando individualmente, o que traz uma...

Acaba sendo muito distante do que a gente defende, como uma estratégia inclusive de defesa de direitos humanos, de acesso à saúde, à assistência. E também eu queria que vocês pudessem falar um pouquinho do impacto, assim, o que vocês acham do impacto do proibicionismo em relação às pesquisas, porque tanto quem faz pesquisa ou quem utiliza os serviços públicos sabe que o proibicionismo... Eu também sou redutora de danos, atuo nesta área e sei como o proibicionismo afeta, e atrapalha, atrasa as pesquisas em relação ao uso terapêutico de substâncias, inclusive até como uma forma de uma alternativa ou complementar de medicações. A gente sabe do uso de psicodélicos, uso da maconha, dados comprovados e várias pesquisas, vários países já atuando e a gente aqui com muito atraso nestas pesquisas por causa do proibicionismo. Queria que vocês pudessem comentar um pouquinho o que vocês entendem, o que vocês já perceberam do quanto que isto atrapalha na própria redução de danos e no cuidado com as pessoas.

Maria Angélica Comis: Bom, eu acho que quando a gente fala do proibicionismo, a gente vivencia, sim, uma epidemia de proibicionismo. Eu acho que a epidemia que a gente vivencia no Brasil é de proibicionismo e moralismo. Mas pensando na lógica do proibicionismo, ele dificulta esse acesso, por exemplo, se a gente tivesse a possibilidade de fazer a análise das substâncias consumidas no nosso país, quantos óbitos a gente não teria evitado?

Porque, muitas vezes, a pessoa usa alguma substância que tem algum adulterante, porque sempre tem adulterante, porque ter substâncias adulteradas é fruto do proibicionismo, as pessoas passam mal às vezes por conta do adulterante. Não especificamente

por conta da substância em si, que já é um pouquinho diferente dos medicamentos controlados. Existe um controle de qualidade desses medicamentos que muitas vezes as pessoas acabam utilizando o medicamento porque “pelo menos é um medicamento e eu sei o que tem dentro”, mas sem pensar nas consequências também. Mas neste sentido do proibicionismo ser algo que afeta mesmo até a atuação da redução de danos vai desde o aumento, ali, da violência policial. Então a gente está fazendo um trabalho de redução de danos numa cena de uso aberta, e aí você leva, geral, sacode da polícia, porque a polícia vai te questionar por que você está distribuindo piteiras para usuários de crack.

E aí eles, muitas vezes, interpretam que a redução de danos está fazendo uma apologia. Então, olha que maluco, né? No começo dos anos 2000, 2005, por exemplo, que o Ministério da Saúde financiou a distribuição de cachimbos para usuários de crack, enquanto a gente distribuía o cachimbo, a Guarda Civil Metropolitana ia quebrando, recolhendo e quebrando os cachimbos.

Todo o dinheiro público sendo jogado fora por conta de uma visão moralista baseada no proibicionismo. Hoje a gente tem uma situação de militantes que atuam com redução de danos sendo criminalizados por distribuírem insumos. E aí a gente, enquanto organização da sociedade civil, a gente tem um fomento do próprio município de São Paulo para fazer redução de danos e os próprios agentes públicos nos questionam o que a gente está fazendo. O proibicionismo afeta as atividades da redução de danos de uma maneira muito importante, e para além disto, as pessoas que usam substâncias, elas ficam com mais medo de poder falar sobre seus usos e isto impacta no protagonismo das pessoas que usam drogas, porque são elas que têm que estar à frente destas discussões e para além disto, das pesquisas, né?

A gente poderia estar muito mais avançada nas pesquisas dos usos terapêuticos de maconha, de MDMA para estresse pós-traumático, de LSD, ou mesmo de outros psicodélicos como Ayahuasca, cogumelos, para várias questões. Porém, para obter a substância para fazer pesquisa é basicamente um parto. Tem uma pesquisa acontecendo com MDMA

para estresse pós-traumático, realizada pelo Eduardo Schenberg, mas, assim, foram anos tentando conseguir autorização para obtenção da substância, da MDMA, para poder fazer a pesquisa. A gente tem, por exemplo, a dificuldade desta não regulamentação impactar o acesso aos medicamentos. Então a gente tem diversas associações, associações para pacientes e pessoas que usam maconha terapêutica, com dificuldade de acesso. Por quê? Porque toda vez a associação corre um risco para fazer o medicamento para as pessoas, porque nem todas têm um habeas corpus para fazerem. Então, o proibicionismo, ele só piora a nossa condição enquanto usuária de substâncias, e para além disto, favorece as fake news. Porque se é proibido, as pessoas já interpretam que ninguém tem acesso. Só que existe uma diferença muito grande entre uma coisa ser proibida e você ter acesso, porque hoje é mais fácil um adolescente ir numa biqueira e conseguir comprar cocaína e crack do que ele conseguir um medicamento controlado, por exemplo.

Ou mesmo comprar cigarro numa padaria. Às vezes pedem o RG, no mercado, alguns ainda pedem. Então é o quanto que o proibicionismo significa que está muito mais fácil você conseguir substâncias do que se você tiver uma regulamentação.

Otaviano Lopes dos Santos: Eu acho que isso tudo vem do Legislativo, do Judiciário, está entendendo? Porque, gente, nós temos uma polícia que mata muitos negros. É muita bala perdida. Nós temos países vizinhos importantes, superimportantes, onde a maconha é liberada, você compra na farmácia. O Canadá foi o mais recente, agora. Eu tenho acompanhado. Tinha um amigo meu que viajava para Amsterdam, ele falava: “Puts, não vejo a hora de chegar lá, pegar o navio para poder voltar a fumar a minha maconha tranquilo”. Lá ele senta na padaria e acende o baseado dele. Ele vai na farmácia e ele compra. Temos países importantes que... Para mim, são os governamentais, estes governos querem fazer um proibicionismo que não vale para todo mundo. É igual eu falei de novo, só vale para o mais fraco. Então esse proibicionismo já vem deles, os juízes, os promotores, a própria polícia, os políticos. Porque se o nosso país tem vizinhos, aqui... Portugal. Portugal, eu vi, uma vez, que tem uma área lá que é só para os usuários. Em Lisboa.

Nem a polícia entra lá dentro. Lá é próprio para eles. Para usar o haxixe, fazer o uso da heroína. Lá nem a polícia entra e eles ficam lá. Está entendendo? São vários países que estão com essa legalidade porque sabem que não é prejudicial tanto quanto as pessoas imaginam. Eles fazem a droga ficar muito difícil de estar consumindo ela, de estar fazendo uso dela, porque eles criam nela uma coisa que não tem nela. Não é isso. Então eu penso, assim, que para isso a gente teria que mudar muitas coisas, inclusive na política, na polícia, nas leis, na legislação, judiciário e tudo. E é isso. Aí, sim. Enquanto a gente estiver vivendo deste jeito, acho que não tem como, não tem nem onde eu falar disso. Eu acho que é isso mesmo. Porque nos nossos países vizinhos está liberado, e nós, não.

Nós vivemos na corda bamba. Eles querem acabar até com a nossa Amazônia, onde tem a Ayahuasca, onde o índio vive, e eles estão acabando com tudo. É o poderio grande lá fora que causa isso.

Nathalia Barbosa: A gente sabe que, de modo geral, a sociedade vive uma crescente na questão da medicalização em todas as esferas da vida. E aí é junto com isso uma crescente também de patologização do comportamento, que muitas vezes tem como consequência este processo da medicalização e a responsabilização das pessoas, das famílias, por aquilo que está sendo diagnosticado. E a gente vê inclusive crianças e adolescentes que também são atingidos por esse cenário. E aí surge uma dúvida que é como a gente pode desatrelar o comportamento humano da patologização? Como identificar que uma coisa é uma coisa e outra coisa é outra coisa, e ela vai desembocar em caminhos diferentes.

Maria Angélica de Castro Comis: Isso é uma coisa bem complexa, porque tem relação com tudo o que a gente vem falando, por exemplo, desta construção social em que as pessoas têm que ser normais. E o que é ser normal? Porque qualquer coisa que difere do que eu acredito, do que eu penso, já existe uma grande intolerância. Então a gente está vivendo essa situação, acho que a intolerância em nosso país só cresce. Eu acho que este período, político e pandêmico, contribuiu muito para que a gente desenvolvesse uma maior intolerância a toda e qualquer coisa di-

ferente da gente. No entanto, quando a gente fala da patologização, principalmente das crianças e dos adolescentes, é que a gente ainda não percebeu, a gente tentou colocar as crianças e adolescentes em caixinhas, de como eles devem se comportar. E quando você quer colocar numa caixinha, e a pessoa não se encaixa naquela caixinha que a gente que idealizou, que seria o melhor possível, baseada e em questões morais e questões construídas socialmente, fica muito mais fácil você dar diagnóstico, a torto e a direito, por a criança ser criança.

Criança ainda bem que corre, que grita, que faz bagunça. Ainda bem que as crianças ainda fazem isto. Só que a gente tem uma construção social de que as crianças vão ficar aquelas quadradinhas, que ficam na frente do tablet ou do celular, e isto também pode estar afetando o comportamento das crianças, que quando não estão na frente disso, não sabem nem como agir. E aí o que que a sociedade já faz? Já cria uma patologia para que a gente possa medicalizar as pessoas, as crianças, adolescentes e adultos, para que eles ajam conforme as caixinhas pré-determinadas. É muito maluco a gente pensar nisso porque as políticas públicas, elas têm que se adaptar às pessoas, e não as pessoas se adaptarem às políticas públicas. E se você começa patologizar todo e qualquer comportamento, você vai acabar excluindo muito mais pessoas da sociedade do que incluindo.

E a gente tem uma construção também que é aquela necessidade do externo. Então, às vezes... Sei lá. Chegou sexta-feira. Aí, o que a gente diz? "Ah, sextou! Sextou! Nós vamos tomar uma para relaxar!" Quando tem uma criança vendo isso, o que ela acaba entendendo? "Então, tal dia da semana, eu tenho que tomar algo externo para relaxar". Por que, então, que a gente não ensina às pessoas a aprenderem a relaxar sem precisarem de algo externo o tempo todo? A gente tem inúmeras práticas integrativas que podem ajudar nisso. Se a gente tivesse práticas integrativas na Educação Infantil, as crianças aprenderiam muito mais a lidar com as adversidades da vida do que só imitar o comportamento dos adultos, que já estão todos estragados. Estão estragados no sentido de já terem alguns comportamentos ali para lidar com as adversidades que não são os mais adequados.

Então, esta necessidade de diferenciar o que é um comportamento, o que é uma patologia é fundamental. Porque você não tem como se manter sob o medicamento, para acordar e para dormir. Então, as pessoas trazem: “Ai, o home office me deixou muito mais desatenta, então eu vou tomar uma Ritalina ou um Venvanse”. E aí as pessoas não conseguiram entender ainda que o que a gente está construindo enquanto sociedade é patológico. Isso é patológico. Esta produção incessante desta necessidade de estar 24 horas disponível para o trabalho, de não viver e só viver para o trabalho, isto é para patologizante e a gente não consegue entender.

A gente tenta fazer esforços sobre-humanos com aditivos, que muitas vezes têm a ver com a medicalização, com aditivos para sobreviver e isto pode ser uma viagem minha, mas, enquanto isto, classes mais elevadas, classes sociais mais elevadas, com mais grana, estão vivendo. Trabalham também, mas estão vivendo, enquanto nós estamos sobrevivendo, neste incessante de pagar boletos, de viver nesta correria e se você consegue não viver na correria, você se sente culpado, porque “Nossa, mas como eu não estou correndo como todo mundo? Como eu não estou sofrendo de Burnout ainda? Nossa! Eu sou privilegiada, não estou com Burnout”. E não é isso, é que a nossa construção está sendo tornar os seres humanos todos com alguma patologia, porque os nossos comportamentos muitas vezes estão inadequados. E aí a gente vai observar o comportamento da criança de ser criança, e aí a gente vai patologizar a criança. Não faz sentido. Porque não está sentado certinho na cadeira e assistindo à aula. É muito chato ter aula on-line, gente!

Já é difícil prender a atenção de uma criança presencial, quiçá, on-line. Com um monte de coisa em torno dela, com a família fazendo almoço, com o cachorro do lado. É impossível. E aí você vai querer colocar a criança no quadradinho.

Então precisamos aprender o que é comportamento infantil e adolescente, antes de qualquer coisa, para depois ficar criando subterfúgios para querer que as crianças fiquem em quadradinhos.

Gigi: Bom, pensando em tudo que a gente conversou, já encaminhando aqui para

finalizar, entendemos a redução de danos como algo que não é só do âmbito da saúde. A Angélica trouxe aqui o É De Lei que trabalha nessa perspectiva, o Otaviano também faz parte do DiVerso, deste coletivo que eu faço parte, que é um projeto de pesquisa, formação e extensão, trabalhando também tanto com equipamentos do SUS, como do SUAS. Pensando também que a cultura, esporte, lazer têm tudo a ver com a redução de danos. Quando a gente fala de prevenção ao uso prejudicial, abusivo de drogas, tem tudo a ver com o acesso de adolescente, o porquê. Como trabalhar a redução de danos com adolescentes? Tem tudo a ver com isso, com a perspectiva muito mais ampla do que saúde, do que ficar falando o que causa tal droga no organismo. Muitas vezes isso não faz sentido, olhando em volta, a gente não vê esses impactos ou vai ver tão longe que já não tem mais essa relação.

Então eu queria perguntar para vocês, que perspectiva vocês enxergam sobre a redução de danos, quais os caminhos, como vocês mesmos trouxeram, a gente está numa contracultura, a redução de danos sempre foi... Mas em algumas épocas um pouco mais alinhadas com as instâncias do governo, no momento completamente ao contrário, a gente está vendo todas as esferas do governo, muito difícil trabalhar na perspectiva da redução de danos, então é uma resistência mesmo trabalhar, quem está dentro dos serviços ou quem está em outros tipos de organizações. Então o que vocês gostariam de falar, assim, quais são os caminhos, o que vocês veem como uma forma de continuar trabalhando, de continuar resistindo, continuar conseguindo respirar, a redução de danos no meio de tudo isto que está acontecendo?

Otaviano Lopes dos Santos: Gigi, é o que eu falo a todos, quer dizer. Santos, por exemplo, eu estou falando daqui que é a cidade onde eu fico. É muita casa sem gente e muita gente sem casa. Não tem, vocês estão entendendo? Tem muitas casas. Gente, eu conheço prédios aqui que estão caindo aos pedaços, arriscado cair em cima dos outros. Eu acho que teria, sim, que valorizar, mas fazer coisas, assim, para eles trabalharem, para eles terem alguma ocupação para fazer. Você vai passar por uma psicóloga, você vai passar por um médico. Se quer ir para o dentista, vai ter um dentista para

te atender, para cuidar de você. Montem umas oficinas, gente, uma marcenaria, aquelas panificadoras para formar, para ser um confeitoiro. Tem que conversar com essas pessoas. Não é só oferecer um prato de sopa, ali, e estar fazendo isto para a pessoa.

Não. Você tem que dar mais chances para ele ser alguém. Dá para fazer isso. É esse pessoal que tem que fazer a parte política, tem que ajudar. Não é só levar a pessoa, igual você falou da nossa vida criativa. A gente está providenciando tudo o que é para ter aquele atendimento. Vai ter uma assistência social, vai ter um entretenimento, a gente vai produzir isto. Vai ter uma horta comunitária que é para servir, mas isto, por exemplo, até uma horta comunitária você pode pegar duas, três pessoas, quatro lá da rua e estar ali. O que falta é ter apoio. O apoio que eu falo não é só uma cama, um prato de sopa para ele.

É onde ele vai formar o que ele quer ou trabalhar. Arruma para ele um projeto onde ele vai trabalhar, nem que for um salário mínimo por mês. Ele não vai ter motivo para estar nas ruas, fazendo as coisas erradas, se faz. Tem que ter esse apoio que eu falo, da parte mais alta. Porque tem alguém que possa ajudar, sabe? Acho que a pessoa precisa mais ter aquela autoestima alta e para levantar a autoestima, ela tem que estar fazendo alguma coisa, tem que estar se sentindo útil. E a gente tem que mostrar para essas pessoas que elas são importantes. É isso que eu falo. Tem que ajudar as pessoas, como? Não é dar só um prato de comida e um colchão.

Vamos inserir elas nessas funções. A que ela precisar. Eu creio que para parar com isso é só assim. Porque a droga sempre existiu. A droga sempre vai existir. Cada dia vai chegar uma mais diferente que a outra. Vai chegar um K2 um K10. Vai ter de vários tipos. Eu mesmo nem chego a conhecer o que que é isso, mas eu ouço falar muito de vários tipos. Então é difícil, porque isso nunca vai acabar, as pessoas não vão parar de estar usando, talvez possam até fazer o uso muito compulsivo se ela não tem nada a fazer. O jeito de estar salvando é isso que eu estou falando, dando mais valor às pessoas. Eu queria concluir os meus estudos, ainda, afinal de contas, eu sou novinho. Só tenho 56 anos.

Dá tempo. Mas a universidade que fez

isso comigo. Quer dizer, a minha autoestima subiu por causa dessa turma. Eu senti que eu sou gente. Porque antes eu pensava que eu não era gente. Eu não tinha autoestima alta. Então eu penso assim, para dar mais valor nas pessoas é acolher elas. De certa maneira tem que acolher, dando trabalho e dando a elas qualidade de vida.

Maria Angélica de Castro Comis: É fundamental que a gente consiga falar de redução de danos e do cuidado em liberdade de uma maneira bastante ampla. Pela sociedade civil, pela sociedade como um todo. E isso vai favorecer muito a possibilidade de a gente construir o que é redução de danos e construir redes que sejam realmente intersetoriais e que consigam construir com os usuários diferentes estratégias.

Por exemplo, a gente vê centros de convivência ligados à saúde mental que não discutem redução de danos. Que não discutem o uso de substâncias entre os seus conviventes. Isso para mim é uma hipocrisia gigantesca, porque a gente está falando até das pessoas que fazem uso de medicamentos controlados, na importância da hidratação entre pessoas ali que têm um diagnóstico de transtorno mental e que tomam um monte de remédios, quem têm efeitos adversos terríveis, e que precisam se hidratar, precisam tomar água com grande frequência, fazer atividade física...

Então a gente tem vivenciado uma desinformação por conta apenas de preconceito. Então a gente tem que ter redes que realmente estejam a fim de trabalhar e pro dos usuários e das usuárias dos serviços. E não só fazer aquele seu trabalhinho mecânico, automático, que você recebe o salário no fim do mês. Mas, sim, trabalhar com as pessoas de verdade. Então eu acho que isso já ajudaria bastante.

É óbvio que é fundamental que a gente pudesse ter uma regulamentação das substâncias psicoativas aqui no nosso país, para que a gente pudesse pensar em estratégias de reparação e outras possibilidades. Inclusive tem a ver com aumentar a oferta de trabalho. E também, regulamentar a profissão do redutor de danos, para que a gente possa sofrer menos também com o proibicionismo nas nossas atividades.

Acho que é o que eu estava falando da Educação Infantil. Aprender a lidar com as adversidades desde cedo também é uma estratégia que pode trazer ótimos frutos no futuro. Então, por que a gente não pode implementar esse tipo de coisa? Na educação? Educação sobre drogas, a gente não pode discutir isso? Porque existe uma disputa ideológica no nosso país e falar sobre isso pode trazer ideias para as crianças e adolescentes. Então é lidar com muita hipocrisia. E se a gente conseguir localmente, em cada região, desenvolver um trabalho com uma rede, e aí diferentes setores de serviços, e tecer uma rede que seja menos hipócrita, a gente consegue fazer um trabalho mais decente com a população que sofre mais com o proibicionismo no nosso país.

Gigi: Sim. Muito bom! A gente trouxe vários aspectos, informações importantes. A Angélica falou da perseguição de alguns militantes, que está acontecendo principalmente no município de São Paulo. Pessoas que trabalham na redução de danos, e a gente precisa avançar, com uma mudança na política de drogas. A gente estava vindo nessa perspectiva, e teve vários atrasos nos últimos anos, portarias, recursos financeiros, financiamentos que se deslocaram dos CAPS, da perspectiva do cuidado em liberdade, dos equipamentos que poderiam e estariam mais alinhados com a reforma psiquiátrica, com luta antimanicomial, para outros equipamentos que vão completamente ao contrário, como as comunidades terapêuticas, como os hospitais psiquiátricos, leitos hospitalares. E a gente vê como o proibicionismo traz essas informações, como eu comentei no começo, de querer que passe como uma apologia ao uso de drogas e a gente usa o contrário, que é uma apologia ao cuidado. A gente usa essa expressão para trazer a redução de danos como uma apologia ao cuidado. E sempre alinhada a uma perspectiva dos direitos humanos, que não tem como pensar sem contextualizar que existem estratégias de redução de danos que são para todos. A gente olha para a substância, ali, sempre em relação com pessoa, mas que pode servir para todos, como a gente falou, acesso à água. Óbvio. E outras que não. Outras são bem direcionadas para a população de rua, para a população LGBTQIA+.

Então são muitos aspectos aí. Eu aconselho, a gente vai trazer mais algumas infor-

mações sobre os materiais já produzidos pelo CRP SP, mas a gente também tem produções, o site do É De Lei também traz os materiais, e também existe, sim, muita produção nesta área. A gente tem várias universidades fazendo pesquisa sobre redução de danos e uso de substâncias com potenciais terapêuticos, e vamos seguindo.

Nathalia Barbosa: E agora chegou a hora do quadro "Psicologia no Dia a dia". Com a gente, hoje, está a Jumara Sílvia Van De Velde, que é psicóloga conselheira e membra da Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP SP. Bem-vinda, Jumara!

Jumara Sílvia Van De Velde: Olá! Obrigada pelo convite em nome da Comissão de Orientação e Fiscalização do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Nathalia Barbosa: Muito bem! Hoje a gente está falando de um tema superimportante e polêmico também, aqui no Estação Psicologia, e eu queria falar um pouco sobre a atuação profissional. Então, Jumara, eu queria saber qual é o papel da psicóloga e do psicólogo que atuam em práticas de redução de danos.

Jumara Sílvia Van De Velde: Essa é uma pergunta bastante frequente em nossas orientações, então, enquanto conselheira e membra da COF, eu poderia dizer aos nossos colegas, psicólogas e psicólogos, que o seu papel é fundamental na redução de danos e medicalização, pois se está em contato direto com quem precisa destas informações, quem precisa de ajuda e também de tratamento. Embora caiba a gente ressaltar que nem todas as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas necessitem de tratamento. Mas de qualquer forma, é muito importante que o acolhimento e o cuidado sejam para estas pessoas que fazem o uso mais problemático de drogas e que em decorrência, vamos dizer, deste uso, apresentem sofrimento psicológico, risco social ou sanitário a si mesmas ou a outras pessoas.

Portanto, o nosso profissional psi, que trabalha com redução de danos, ele faz a escuta e dialoga com o usuário. É importante, até como já foi dito no Estação, sem recorrer a julgamentos morais, porque a Psicologia considera o usuário como um sujeito de direitos e não como criminoso. E também tira

deste papel também de culpado.

Nathalia Barbosa: Maravilhoso. Então, seguindo esse pensamento, eu queria saber qual é a orientação da COF para as psicólogas que atuam em instituições de privação de liberdade, com a oferta de tratamento para usuárias e usuários que fazem uso problemático de álcool e outras drogas?

Jumara Sílvia Van De Velde: A Comissão de Orientação e Fiscalização do CRP SP possui uma série de dados porque realiza visitas e fiscalizações nas comunidades terapêuticas. E portanto, esta nossa orientação é com base nesses dados e pesquisas de realidade, do que temos encontrado no nosso estado. A grande maioria das vezes, nesses espaços onde vamos fazer as visitas, temos caracterizado que são espaços violadores dos Direitos Humanos cuja lógica adotada vai no sentido oposto da promoção do cuidado e acolhimento do sofrimento e da singularidade do sujeito a que estávamos nos referindo há pouco, na pergunta anterior.

Mas o discurso de promoção, de tratamento, nem sempre bate com esse cenário. Como eu disse, o cenário tem-se mostrado favorável à violação dos direitos, práticas de violência e silenciamento das pessoas que já estão vulnerabilizadas pelo uso de álcool e drogas, e isto tudo decorrente dos danos históricos, sociais, políticos por parte do Estado e da sociedade de uma forma geral. Então, já são discriminados num conjunto de circunstâncias.

Nestes locais de tratamento para usuários problemáticos de álcool e drogas, nós temos encontrado também contenção física numa boa parte deles, isolamento de usuários e restrição à liberdade dos mesmos. Em muitos casos, inclusive, é obrigado a participar de atividades de cunho religioso durante o período de internação, e até com punições caso isto não ocorra. Ainda há muitos casos de internações involuntárias e muitas vezes sem a notificação, que é obrigatória, do Ministério Público.

Verificamos também, nesses espaços, contenção, podemos dizer, acabam ocorrendo, mas sem avaliação e prescrição médica. Porque existe, sim, contenção medicamentosa em certas circunstâncias e cuidados, mas não é isto que temos encontrado. São situ-

ações, portanto, que ferem o disposto na lei n.º 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, no que diz respeito, portanto, às práticas manicomialis e de segregação. Então, além disso, então... vejam como a gente precisa orientar os psicólogos que vão atuar nessas comunidades terapêuticas, porque essas práticas e violência são bastante comuns, que podem ser caracterizadas muitas vezes também como tortura, bem como a privação de liberdade, exclusão do convívio social, a laborterapia, que se caracteriza nesses espaços mais como um trabalho forçado e não como ferramenta de ajuda, de tratamento.

Encontra-se a negação do direito à privacidade, a uma comunicação com o mundo externo também, naquelas instituições. Portanto, os usuários também não têm como fazer a sua comunicação com familiares e outros entes das suas relações. Também se encontram, nessas práticas de violência, punições, contenção física, além da medicamentosa já citada, além da imposição religiosa. Então, em muitas comunidades terapêuticas, também é comum a locação de adolescentes no mesmo espaço em que permanecem os adultos. O que desrespeita o Estatuto da Criança e do Adolescente. O nosso ECA. Que preconiza que a criança e o adolescente têm direito à convivência familiar e comunitária e os cuidados com a sua saúde devem se dar em bases territoriais. As crianças e os adolescentes devem ter garantido o direito à educação e não devem ser afastados do sistema de ensino. Que é o que a gente observa quando eles estão nessas comunidades, que não frequentam mais as escolas, estão, portanto, com todos os seus direitos violados.

Então o que precisamos é garantir e falar aos nossos colegas, psicólogos e psicólogas, que antes de ingressarem em alguma empresa, associação ou instituição, que façam o trabalho de tratamento de pessoas usuárias de álcool e outras drogas, é necessário verificar se é assegurado que as suas atribuições como psicólogo e as condições do trabalho estão compatíveis com as exigências legais, éticas e de dignidade profissional. E também se eles vão ter autonomia nos assuntos técnicos, específicos da Psicologia. Outro ponto importante é que o nosso colega psi, antes de entrar para trabalhar numa instituição como essas, ele precisa verificar se há indícios de

alguma violação de direitos na instituição, em consonância com o disposto no Código de Ética Profissional do Psicólogo. Então veja que é um conjunto de cuidados para que ele possa não se tornar conivente com situações que podem estar ocorrendo, não diante dos seus olhos, mas que estão na instituição onde ele está atuando como psi.

E eu convido os colegas psi, e outras pessoas interessadas no tema, que acessem o nosso site do CRP São Paulo.org, e lá nós temos a série “Comunicação Popular”, que em seu caderno seis fala da Psicologia no contexto do álcool e outras drogas, assim como também nós temos, como a Gigi estava citando, nos cadernos temáticos do nosso Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, nós temos o caderno 30, que trata exatamente de álcool e outras drogas e traz subsídios para a sustentação da política antimanicomial e de redução de danos, entre outras referências que podem ser complementares. Essas duas estão disponíveis no nosso site do nosso Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Nathalia Barbosa: Queria lembrar também que está disponível, em nosso site, o Manifesto contra a Medicalização, que foi publicado em julho deste ano, está nas nossas redes sociais, além disto, um documento chamado “Referências técnicas para atuação de psicólogas e psicólogos em políticas públicas de álcool e outras drogas”, que é uma produção do Conselho Federal de Psicologia. Lembrando que este quadro foi produzido a partir da escuta das profissionais e se você, que é profissional, está precisando de orientação, um espaço de escuta, você pode entrar em contato com o Conselho. Eu gostaria

de lembrar também que o CREPOP, que é o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, além de estar completando 15 anos, é uma fonte de instrumentalização para toda a categoria e para toda a sociedade. Queria agradecer a Jumara pela participação, e até a próxima!

Gigi: Bom, então, eu queria agradecer muito a presença de vocês hoje, neste debate, foi muito importante, muito rico. É sempre importante a gente criar estes espaços para as discussões, não só para a categoria, mas para toda a sociedade.

Otaviano Lopes dos Santos: Eu que agradeço, e estarei sempre à disposição, gente! Pode apostar nisso!

Maria Angélica de Castro Comis: Eu agradeço imensamente o convite, e acho que é fundamental a gente, enquanto profissional da Psicologia, conseguir ter esta leitura para além da Psicologia em si, porque na verdade a Psicologia é muito política e se a gente não levar isto em conta, fica muito difícil de a gente conseguir acessar as diferentes populações com quem a gente trabalha. Quero agradecer muito o convite, espero ter contribuído e agradeço muito. Foi um prazer estar aqui com vocês.

Nathalia Barbosa: E para você que está chegando aqui, agora, seja muito bem-vinda, muito bem-vindo, nós nos encontramos no próximo episódio e não deixe de nos acompanhar nas redes sociais do Conselho e no nosso site www.crp.org.br. Este foi o Estação Psicologia, o podcast do CRP SP.

EP 05 | Cuidado em liberdade: Arthur Bispo do Rosário

69

Autoria:
Elisa Zaneratto Rosa

Arthur nasceu em um pequeno município do Sergipe, no ano de 1909. Mudou-se para o Rio de Janeiro, onde foi internado, no fim dos anos 1930, passando, após longo período entre fugas e altas, à condição de morador da Colônia Juliano Moreira, no ano de 1964. Um homem negro, nordestino, pobre que, numa revelação, procura os frades do Mosteiro de São Bento, apresentando-se como “aquele que veio julgar os vivos e os mortos”. Assim passou de cidadão a louco, numa curiosa construção para um sujeito de sobrenome Bispo do Rosário.

Trancado por anos em uma cela, passou a bordar estandartes e tecidos com escritas, produzindo verdadeiras obras de arte. As suas peças se multiplicam, tecidas com objetos diversos obtidos no hospital. Uma arte viva, repleta de elementos do cotidiano, da realidade, reconstruídos, ressignificados em

novas totalidades. Quase 20 anos depois, naquela reconstrução do universo pela qual ele realizava uma missão a ser revelada no dia do juízo final, a sociedade reconhece um artista.

Arthur Bispo do Rosário morreu aos 80 anos, em 1989. Sem sabermos exatamente qual seria a data ou a ocasião do juízo final, é possível dizer que sua obra é reveladora de muitas missões. Reveladora da vida que insiste, que se reinventa a partir de restos repletos de histórias e significados coletivos. Reveladora também da vida que pulsa por detrás daquilo que determinados saberes e práticas sufocam no diagnóstico da doença mental. Reveladora do direito à diversidade. Reveladora da impossibilidade de a sociedade reconhecer, nas vozes da loucura, sentidos e formas possíveis de existência humana.

Arthur Bispo do Rosário opera como julgador, por meio da grandiosidade de seus mantos, da pequenez e da mediocridade que

habitam o pacto social. A cada encontro com sua arte, somos estarecidos pelo reconhecimento de que esquecemos este sujeito, na condição de louco, trancado numa cela de hospício, como quem não poderia partilhar a vida e bordar laços sociais. Que bonito traduzir os bordados de Bispo do Rosário, repletos de objetos, como esforço de produção de um novo possível, esforço generoso, na medida em que recolhe e acolhe a vida cristalizada nestes objetos, usados, desgastados, abandonados. Recriação!

Vivemos um tempo em que é preciso recriar. Talvez tenhamos chegado ao dia do juízo final, porque, afinal, que vida é possível quando naturalizamos a morte, a violência e a insignificância como condições inerentes à parte da humanidade que, como Bispo do Rosário, tem raça, tem cor, tem classe, tem origem determinada?

Sabemos que, na história da sociedade ocidental moderna, o diagnóstico da doença mental incidiu como dispositivo a serviço da anulação de determinados sujeitos. Marca da sua não humanidade, numa continuidade do projeto de exploração e violência colonial, que traça uma linha divisória entre aqueles que podem ou não ser considerados humanos e, com isto, os que merecem viver ou podem morrer. Encontrar no doente mental um artista é mais que elogio à loucura. É algo que nos

convoca a colocar a doença entre parênteses para buscar o sujeito que insiste em se revelar por meio daquilo que insistimos em tomar como seu sintoma, sem conseguir olhá-lo e escutá-lo na alteridade que nos desloca dos lugares estabelecidos para que esta sociedade siga seu curso.

É urgente olhar para os limites do destino para o qual aquele curso nos leva e reivindicar outros caminhos, outros percursos, uma outra sociedade possível. Outra sociedade, outras relações com a loucura. Por isso, transformar a relação sociedade-loucura é tarefa urgente para um outro horizonte ético-político. É contribuição ao processo de transformação social.

Os mantos de Arthur Bispo do Rosário, na intensidade de cores e imagens que carregam, nos provocam a isso, na medida em que nos inquietam e despertam da indiferença, com todo o potencial que a arte pode ter para isto. Somente numa sociedade comprometida com a vida, a democracia e a justiça social, será possível garantir saúde mental. Que saíamos da indiferença para bordarmos coletivamente essa outra sociedade. E que seja um bordado de muitas e diversas cores, onde possam caber muitos mundos.

Podcast: Estação Psicologia

Episódio: 5

Tema: Especial Bispo do Rosário: "Um Dia Eu Simplesmente Apareci"

Tempo: 01:00:14

Âncoras: Annie Louise Saboya Prado e Nathalia Barbosa

Entrevistadas/os: Kayky Avraham, Paula Carpinetti Aversa e Sérgio Valério

Annie Louise Saboya Prado (Gigi): Olá! Está começando o Estação Psicologia, o podcast do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo.

Nathalia Barbosa: Nos acompanhe mensalmente e fique por dentro de entrevistas sobre saúde mental, cuidado em liberdade e outros temas importantes para a Psicologia. Eu sou a Nathalia, jornalista, estudante de Psicologia e editora deste podcast.

Gigi: Eu sou a Gigi, psicóloga, conselheira e vice-presidenta do CRP São Paulo. E hoje o episódio vai ser um pouco diferente. Para fechar o ciclo desta série tão importante, que recebeu falas tão potentes e transformadoras, decidimos produzir um programa especial sobre o Prêmio Arthur Bispo do Rosário, que não pôde ser realizado neste ano por conta da pandemia. Nesta comemoração que envolve tão fortemente a temática da saúde mental, do cuidado em liberdade, recebemos Kayky Avraham, que é um dos ganhadores da 8ª edição do prêmio na categoria Vídeo, em 2018. O Kayky também é vendedor, artista digital e militante do movimento da luta antimanicomial. É um prazer enorme ter você aqui!

Bem-vindo!

Kayky Avraham: Obrigado! O prazer é meu. O CRP sempre foi meu companheiro de várias atividades que eu fiz ao longo dos últimos anos.

Nathalia Barbosa: Contamos também com a presença da psicóloga arte-educadora e doutora pela Unesp de Assis Paula Carpinetti Aversa. Bem-vinda, Paula! É uma honra ter você aqui com a gente, hoje.

Paula Carpinetti Aversa: Eu que agradeço a oportunidade, o convite de vir conversar com vocês a respeito do significado, da im-

portância do Prêmio Bispo do Rosário que, como vocês falaram, em função da pandemia não foi realizado neste ano, e eu penso que por isto mesmo é fundamental que a gente converse sobre ele. Converse sobre o prêmio e também sobre o próprio Arthur Bispo do Rosário, para a gente conversar a respeito da vida e da obra dele também. Certo!

Nathalia Barbosa: "Um dia, eu simplesmente apareci" era o que dizia Arthur Bispo do Rosário quando perguntavam a ele sobre a sua origem. Nordestino, negro e interno por mais de 50 anos na Colônia Juliano Moreira, antigo manicômio localizado lá em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, foi um ex-pugilista e oficial da Marina que acabou eternizando a sua história como um grande artista plástico. Arthur Bispo do Rosário está presente e se faz indispensável quando a gente fala da valorização dos equipamentos de saúde mental, na valorização do SUAS e dos seus usuários, colaboradoras e colaboradores, no cuidado em liberdade, na promoção de saúde e estratégias de cuidado por meio das artes e na potencialização de todas as vidas e suas singularidades. E aproveitando esse gancho, eu queria que vocês contassem um pouco por que vocês acreditam que a figura dele é tão importante até os dias de hoje. E também destacar um pouco das suas contribuições que reverberam até hoje.

Paula Carpinetti Aversa: Inicialmente, eu acho que é importante a gente ressaltar que o Prêmio Arthur Bispo do Rosário está em absoluta sintonia com os princípios da luta antimanicomial, que depois se tornou uma política pública com a redemocratização do Brasil, em 1988, construindo aquilo que a gente chama de reforma psiquiátrica.

Então esse prêmio, ele está ligado à luta antimanicomial, que, como vocês fala-

ram, tem como prerrogativa uma maior humanização dos cuidados em saúde mental, dar cidadania e dignidade àqueles que são acometidos por algum sofrimento psíquico, que até então eram abandonados, sofriam maus-tratos num ambiente extremamente precário de vida. O manicômio era um depósito de abandono de todos que eram entendidos como marginais ao sistema. Todos aqueles que não produziam. Então os loucos, os deficientes, os idosos, todos aqueles que de alguma forma atrapalhavam e atrapalham até hoje, no sentido de que a reforma psiquiátrica, os cuidados da luta antimanicomial estão aí justamente para a gente não deixar isto acontecer, fazendo a inclusão destas pessoas que estão consideradas à margem, em vulnerabilidade. Então, eu penso que esse prêmio é um reconhecimento de que há vida, que há vida pulsante, que há produção criativa naqueles que são considerados como loucos. Então o prêmio vem dar visibilidade a o que é produzido e neste sentido, Arthur Bispo do Rosário é uma figura exemplar neste cenário. Não é à toa que o prêmio leva o seu nome. Então é fundamental a gente destacar que o Prêmio Bispo do Rosário vai ao encontro de práticas psicossociais, aproximando o cuidado em saúde de práticas artísticas, entre outros dispositivos ou entre outras intervenções no campo da saúde mental. E você tinha perguntado um pouquinho também sobre Arthur Bispo do Rosário.

Então falando um pouco a respeito da vida e da obra... Como foi mencionado, ele nasceu em Sergipe, em 1911. Ele apareceu, né, como ele costumava dizer, em Sergipe. A gente não tem todos os dados a respeito da infância de Bispo, mas de qualquer forma a gente pode talvez começar falando sobre o nome dele, Arthur Bispo do Rosário. Que impacto esse nome trouxe para a vida dele? Depois, esse nome, de alguma forma, vai alimentar o delírio de Bispo, o surto de Bispo e toda a produção artística de Bispo. Então para a gente ter mais ou menos uma ideia no entorno religioso, católico, místico por onde Bispo nasceu e cresceu.

Bispo é um cargo hierárquico importante dentro da Igreja Católica. Rosário trata-se da padroeira dos negros e Arthur se reporta ao rei Arthur da Távola Redonda, que tinha como missão encontrar o Santo Graal, que era o cá-

lice no qual Jesus teria bebido na Santa Ceia.

Então o nome do Arthur Bispo do Rosário carrega todo esse peso. Este peso enorme de um missionário. Ele se envolveu com o serviço militar, na Marinha, e também foi pugilista, lutador de boxe, quando jovem. E durante o período que estava na Marinha, e em outros trabalhos que ele exerceu, Bispo oscilava muito, ora era um funcionário exemplar, ora, inadequado e insubordinável, com rompantes mais agressivos. E no Natal de 1938, em delírio... Então, Bispo ouvindo vozes, vendo imagens, Bispo recebe uma mensagem dos anjos que dizia que ele era o eleito do Todo Poderoso e sua missão na Terra consistia em julgar os vivos e os mortos e em recriar o mundo para o dia do juízo final.

Então, nessas condições, ele é internado na Colônia Juliano Moreira, no Rio de Janeiro, onde recebe o diagnóstico de esquizofrênico paranoico, e passa então a executar a sua missão na Terra. Ele começa então a compor as suas obras que eram representações de tudo o que ele tinha visto na vida, usando dos recursos dos quais ele dispunha, com os recursos que ele encontrava pelo caminho, na colônia. Então eram pedaços de madeira, latas, pregos, copo de plástico, colheres, sapatos, abajur, bonecas e inclusive é importante mencionar também uma obra em especial de Arthur, que é o Manto da Passagem, que é uma indumentária, uma espécie de capa que ele deveria estar usando no dia em que morresse, e então encontrasse o Todo Poderoso.

E esse manto era todo bordado por muitas... Bispo trabalhava e bordava muito e para conseguir as linhas para realizar o bordado, ele desfiava os lençóis e as roupas que ele também encontrava na Colônia Juliano Moreira. E nos bordados ele escrevia os nomes de muitas coisas, de muitas pessoas que ele tinha, ao longo da vida, encontrado no mundo.

Então são desde pequenos objetos, miniaturas como o barco, carrossel, como também obras do gênero de grande porte, vamos dizer assim, que é a cama de Romeu e Julieta. Então Bispo produzia com tudo que ele encontrava e que era considerado resto, sucata, e é impressionante que o método que Arthur usava para compor as suas obras fosse semelhante ao método do Dadaísmo, que é uma das vertentes da arte moderna. E é por isso

que os artistas da época do Modernismo se interessavam tanto por aquilo que era produzido dentro dos manicômios, eram fontes de inspiração para estes artistas que juntando coisas que não faziam sentido produziam colagens, assemblages, e era justamente para não ter nexos, para não ter sentido.

Com esses gestos, com essa maneira de pensar a arte, os artistas queriam deliberadamente questionar o limite entre arte e vida. E essa busca se intensificava e se intensificou ainda mais na arte contemporânea. Então, muitos artistas, entre eles, Kayky, aqui presente, buscam justamente borrar esta fronteira entre vida e arte.

Bispo, até onde a gente sabe, ele não tinha contato com o mundo das artes, então, em 1980, o psicanalista, fotógrafo e cineasta Hugo Denizart se depara com a produção de Bispo, ele a eleva ao estatuto de arte e este gesto teve uma grande repercussão na época, e ainda em vida, Bispo participa da exposição no MAM, em São Paulo, em 1982. E Bispo vem a falecer em 1989, no Rio de Janeiro.

Eu gostaria de ressaltar, mais uma vez, mais enfaticamente, é que Bispo, sem saber, ao mesmo tempo ele estava produzindo arte e rompendo as práticas manicômias, dando abertura para práticas de cuidado mais humanizadas, para posturas de cuidado que são ao mesmo tempo ética, estéticas e políticas. Por isso a importância daquele prêmio.

Kayky Avraham: Eu, na realidade, comecei a minha vida no manicômio aos 14 anos, quando foi a minha primeira internação. Mas nunca aceitei o tratamento, e vim aceitar o tratamento em 99. E vim conhecer a arte mesmo no Caps Itapeva. E ali eu comecei a conhecer os personagens conhecidos, Nise da Silveira, conheci o Carrano pessoalmente e conheci a obra de Bispo. Bispo, por algum momento, ele foi a minha inspiração na minha produção audiovisual. Eu era bipolar, mas eu tinha surtos psicóticos. Então eu achava que eu era Deus. Então eu achava, naquela minha onda, na minha vibe, que eu era Deus. E toda a minha produção, eu achava que tinha que estar na internet. Eu até hoje não tenho nada comigo. Tudo está na internet.

Imagens sem sentido, imagens que eu captava pelo celular. E você acaba, nesta vida,

encontrando muitos Bispos do Rosário. Você acaba vendo que a maneira que eles encontram de pôr para fora é o processo. Quando ele é levado para o processo artístico, ele cria coisas incríveis. A escrita, a pintura, a escultura. No meu caso, que é o audiovisual, eu fiz alguma parte de pintura...

Mas assisti ao filme de Bispo, vi fotos, ele sempre me causou uma imagem de muita força. Então ele era esquizofrênico e o surto místico é uma coisa comum quando você está nesse processo. O processo de criação é muito forte quando você está nessa loucura. Você está no inconsciente, e lá você está sem a gravidade, então o seu processo de criação é muito forte. E Bispo sempre foi algo que estimula, pela obra toda dele, pela história dele que você acabou de contar. Ele foi a minha inspiração. Ele é a minha inspiração. Eu vejo a obra dele e às vezes eu fico pensando como foi esse processo de criação dele.

Gigi: Pois é, o CRP São Paulo, ele reconhece essa história e homenageia, desde 99, coincidentemente, né, Kayky, quando criou o Prêmio Arthur Bispo do Rosário, junto com a Associação Franco Basaglia e Associação Franco Rotelli. A iniciativa teve como mote a promoção de uma sociedade mais justa, sem manicômios e sem preconceitos. E que tem a solidariedade como o elo principal das relações humanas. De lá para cá, foram oito edições, inicialmente premiando obras das artes plásticas mas, ao passar dos anos, foi inserindo novas categorias. Fomos inserindo essas categorias, atualmente a gente conta com seis categorias, nas últimas edições, fotografia, pinturas, ilustrações, esculturas e instalações, poesias, textos e vídeos.

Inclusive vamos ouvir agora um depoimento do supervisor do setor de eventos do CRP São Paulo, Sérgio Valério, que está conosco desde 2006, produzindo e fazendo a curadoria do Prêmio Arthur Bispo do Rosário. Conhece muito sobre o prêmio. Bem implicado aí. A gente vai poder ouvir com as próprias palavras dele.

Sérgio Valério: Participar da história do Prêmio Arthur Bispo do Rosário é na verdade um grande prêmio para mim. Em 2006, quando eu iniciei os meus trabalhos no Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, como supervisor de eventos, a 4ª edição do prêmio estava começando. A ideia inicial era ampliar o alcan-

ce do prêmio para o maior número possível de participantes, exatamente pelo fato do Prêmio Arthur Bispo do Rosário ter esta força tão especial de possibilitar que os usuários de serviços de saúde mental tivessem a oportunidade de mostrar a sua arte. O Conselho havia feito belas exposições nas edições anteriores, em espaços como o Sesc. E foi aí que me veio a ideia de levar a exposição das obras vencedoras para um espaço público.

O metrô de São Paulo. O metrô de São Paulo gostou muito da proposta e ficou definido que a exposição seria realizada na estação República do metrô. Foi maravilhosa a exposição, e eu particularmente pude ver a alegria dos artistas usuários de serviços de saúde mental ao verem suas obras visitadas por milhares de pessoas. A arte é um caminho maravilhoso para a expressão dos sentimentos e da vida. Ter Arthur Bispo do Rosário denominando esse prêmio, que teve seu início em 1999, significa valorizar, divulgar obras de artistas usuários de serviços de saúde mental, e Arthur Bispo do Rosário pôde demonstrar, com a sua arte maravilhosa, toda a capacidade criadora do ser humano. Arte significa liberdade! E é isso que se deve querer para um ser humano. Eu espero que o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo mantenha sempre acesa esta chama do Prêmio Arthur Bispo do Rosário, tão importante para a vida dos usuários de serviços de saúde mental.

Gigi: As falas do Sérgio trouxeram um pouco mais da importância do prêmio, a dimensão do prêmio nas etapas em que ele se configura. Porque não é só uma competição e uma entrega de prêmio. A gente lembra com bastante carinho também das oficinas. Acho que Kayky pode até contar se ele participou, como foi. Eu lembro que eu fui uma das oficinas em duas edições. Uma delas na categoria Poesia, e foi muito interessante. Acabei indo para um Caps no qual eu não trabalhava, em outro município, e despertar nas pessoas esta possibilidade de fazer arte, mesmo que elas nunca tenham nem pensado nisso, e ver que é possível. E até por isso que a gestão deste atual plenário definiu, decidiu por não realizar uma versão on-line do prêmio. Foi uma decisão difícil, mas que a gente precisou tomar por perceber a dimensão que o prêmio é... E poderia, sim, fazer? Poderia ser interessante, mas não teria tudo aquilo que envolve o prêmio, antes,

durante e depois. Um pouco do que o Sérgio fala também da exposição. É muito diferente fazer uma exposição virtual do que as possibilidades de uma exposição, ali, presencial.

Nathalia Barbosa: E aproveitando este gancho, aqui, eu já queria perguntar ao Kayky, queria que, na verdade, você contasse um pouquinho pra a gente, Kayky, da sua participação no prêmio, se foi algo importante para a sua vida, também qual a importância dos equipamentos de saúde mental que você utilizou da rede, do cuidado que você teve acesso. Queria que você contasse um pouco para a gente.

Kayky Avraham: O prêmio foi muito importante. Eu vou até contar uma história. A Gigi perguntou se eu fui na oficina, mas em 2018 foi um ano muito dinâmico. Aconteceu muita coisa a favor da arte. No mesmo período que estava tendo a exposição lá na Praça da Sé, e que teve a premiação do Bispo do Rosário, estava acontecendo, no Itaú Cultural, a Ocupação Nise da Silveira, onde o Itaú me chamou para ajudar na exposição, onde eu expus o Sociedade Secreta no evento e eu coloquei o Sociedade Secreta para participar da premiação.

O documentário Sociedade Secreta é a minha segunda premiação no Bispo do Rosário. No meu primeiro vídeo, eu fiquei em quarto lugar, que foi a entrega de prêmio lá na biblioteca, na República, e depois de muito tempo eu resolvi colocar o Sociedade Secreta, que foi um documentário feito por um texto de alunos de TCC da PUC de jornalismo, porque uma psicóloga ficou sabendo que tinha um usuário que andava de câmera pela cidade e filmando os eventos da luta antimanicomial, que era multimídia. Aí eles me chamaram para colaborar no filme, e no filme eu falava assim: "Ah, na minha psicose, ele não tinha que ir para a internet, ele tinha que ficar só circulando entre os congressos, entre as salas de aula de Psicologia, que eu sempre era convidado para ir". Aí a gente fez uma proposta para o Itaú de que se ele fosse apresentado no evento, ele seria disponibilizado no YouTube. E acabou sendo disponibilizado no YouTube e ganhou um prêmio. E naquele mesmo ano, eu também fiz o Sarau Migração e Loucura, na Casa das Rosas, que foi na Virada Cultural. Então foram três eventos. O mais importante foi a entrega do Prêmio Bispo do Rosário, e foi uma coisa muito forte.

E eu queria ler para vocês, que na exposi-

ção Nise da Silveira, eles criaram um livro onde eu escrevi um texto, e o título deste texto é "A arte da loucura ou a loucura na arte". "A arte de ser louco é jamais cometer a loucura de ser um sujeito normal". Isso é um texto do Raul Seixas. "A história da loucura foi feita de muito sofrimento e perseguição em diversas culturas. Ter nascido louco, com certeza, foi uma punição. Todavia, há registro de vários loucos que souberam sobreviver por meio da arte, tanto no campo artístico quanto no campo literário. A loucura tem fase mágica, que é o processo da criação, em que a mente torna tudo possível, as ideias fluem e as formas e as cores se tornam as combinações perfeitas em busca do belo, abrindo novos caminhos para a discussão de novas percepções. Vejo que a loucura me tirou uma vida considerada normal nos padrões atuais, que obtive alguns prejuízos dos quais não consigo me recuperar. Minha primeira internação foi aos 14 anos de idade, quando conheci o músico Raul Seixas. Na época, não tinha ideia de quem era, mas de tudo o que ele me disse, algo nunca esquecerei: "Bem-vindo à Sociedade Secreta".

Naquele momento, nada fez nenhum sentido para mim. Ao longo da vida, tive várias crises e quando chegava ao grau máximo de euforia, eu era internado e entrava em outro mundo, no qual não era real. O tempo era muito lento e com os efeitos da medicação, tudo ficava muito difícil. O convívio com outras pessoas que tinham sofrimento mental me fez aprender a compartilhar diferentes experiências de vidas. Com o passar dos anos, fui entendendo a frase de Raul Seixas. A Sociedade Secreta. Que ninguém conhece, não guarda segredos, mas os tempos, que são os manicômios, e seus membros, sim. Os chamados loucos pela sociedade moderna. São verdadeiros mártires da História, pois estão presos sem terem cometido nenhum crime. Confinados em muralhas físicas e mentais, desprovidos de liberdade e vivendo um sofrimento constante. Atualmente a chamada sociedade moderna vive a era da depressão e esta, por sua vez, vem sendo considerada uma epidemia do planeta, vista como uma dor sem motivo, pela qual muitos sofrem e pela qual a vida perde sentido.

As pessoas estão inseridas nos padrões de normalidade. Não dão credibilidade ao louco, pois vivemos em uma sociedade de estética e que teme ter relações pessoais

com distúrbios mentais, por medo de sofrer alguma agressão. Entretanto conheço muitas histórias de pessoas que, mesmo com sofrimento mental, conseguiram ser respeitadas, como alguns artistas, líderes religiosos, e em público expuseram suas vidas, como a bipolaridade, a depressão e recentemente a crise de pânico. Essas atitudes fazem com que as pessoas mudem seu olhar sobre os chamados loucos. A loucura não tem cura. O paciente é diagnosticado e a partir daí tem duas opções: Aceita o tratamento proposto ou reluta em receber ajuda. Com o complexo processo da reforma psiquiátrica, vemos o início do fechamento de alguns manicômios e o surgimento de uma rede de apoio chamada Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, espaço dedicado ao atendimento de pessoas com transtornos mentais, oferecendo atendimento multidisciplinar, suporte nas crises e várias atividades artísticas, com intuito de inserir seus pacientes no convívio social. Como usuário do Caps Itapeva, vejo a necessidade de buscar novas tecnologias no tratamento e incentivar a produção artística, único meio capaz de transformar as fases de euforia em verdadeiras obras de arte e os momentos de baixa, com a depressão, na criação de músicas e poesias. Se hoje estou estabilizado, foi graças ao poder da arte."

Esse é o livro que a gente desenvolveu lá na Ocupação Nise da Silveira, em 2018, no Itaú Cultural.

Gigi: Muito bom, Kayky. Eu estive lá! Estive lá na ocupação. Realmente muito tocante. Nunca esquecerei dessa exposição. E eu não vou falar coincidência de novo, que eu já falei, porque não é a palavra. A palavra é sincronicidade. Porque na próxima pergunta, eu vou falar de Nise da Silveira. Você já adiantou e já falou. Queria perguntar para a Paula também, e o Kayky depois também se quiser falar, o que vocês pensam sobre a arte como uma ferramenta quando se fala deste cuidado de saúde mental, deste cuidado humanizado que Nise da Silveira tanto trouxe, tanto que foi uma pioneira, uma guerreira mesmo na época dela e que até hoje a gente ainda encontra certa resistência ou menosprezo do papel da arte, que a gente sabe que é tão importante. Queria que vocês falassem um pouquinho do que vocês pensam sobre a arte dentro e inserida nos serviços de saúde mental.

Paula Carpinetti Aversa: Eu acho que o relato de Kayky nos traz o quanto é potente a arte. O encontro com a arte. Ela retira o sujeito de um lugar de improdutividade, de invalidez, para humanizar esta figura, que não se trata de um doente. Não tem o que ser cuidado. Aliás, não tem o que ser curado. Tem que ser cuidado. E uma das portas que a gente tem para esse cuidado é na esfera das artes, das oficinas artísticas, nas suas diversas categorias. Nise da Silveira foi de fato uma figura importantíssima para que hoje, além de medicamento, escuta psicológica, além destes dispositivos, também se oferte, na saúde mental, se oferte arte como uma forma de cuidado, de ajuda.

Kayky Avraham: Eu queria falar um pouco sobre isso. Eu acho que hoje eu não vivo da arte. Hoje eu tenho um trabalho na área digital, mas a arte é importante porque quando você está dentro, algumas pessoas conseguem estudar, conseguem trabalhar normalmente, mas a arte também pode ser um meio de produção profissional. A pessoa, se tiver um... tem que ter uma estrutura por trás, que a pessoa com transtorno aprenda, porque de repente ela não sabe arte, mas ela começa a entender. Eu tive o incentivo, da psiquiatra Júlia Catunda, a frequentar a oficina de fotografia do MAM. Até hoje tem a oficina de fotografia do MAM, e a partir de lá eu comecei pegar o gosto por imagem. Eu sou péssimo em fotografia, mas eu adoro imagem. Eu gosto do filme. O Itaú Cultural também incentiva muitas oficinas.

As oficinas são abertas, qualquer pessoa pode participar das oficinas, e tem que ter mais oficinas artísticas, mais espaço de artes. E o problema também que acontece, hoje, é que o serviço funciona só de segunda a sexta e ele só produz a arte dele em uma oficina de uma vez por semana, e não tem espaço para ele produzir de fim de semana. Então tem que se criar. O Prêmio Bispo do Rosário que o CRP faz, ele reconhece o artista. Mas até chegar a ser artista... Então, as oficinas têm que ter uma visão maior. Não é só ficar fazendo um quadrinho. É que às vezes esse quadrinho que a pessoa faz, essa fotografia que essa pessoa faz, se tiver um pensamento por trás, pode ser a renda da pessoa.

Pensar a arte como sobrevivência, pensar a arte como a pessoa sobreviver com a arte.

A arte é um campo muito disputado, mas transformar a pessoa com transtorno mental numa artista profissional, porque o emprego mesmo vai ser muito difícil. Mesmo com a situação de cotas, a pessoa com transtorno mental tem uma grande dificuldade em rotina, em fazer um monte de coisa. E a arte pode ser uma grande saída. Eu acho que há de se investir mais nisso. E o prêmio, ele é um grande braço para isso. Mas, até que chegar ao prêmio? Então quando o terapeuta ou psicólogo está no Caps, ele tem que ter um planejamento para essa pessoa ou para esse grupo de pessoas. O quadro está lá encostado na oficina, mas ele não vai ter circulação, ele não vai ter exposição. Então há de ter mais exposições e se aperfeiçoar o traço, se aperfeiçoar a escrita. Hoje, no Caps Itapeva, uma das oficinas que se mantém é a oficina de escrita do Dr. Cláudio, que a gente produz o jornal Tarja Preta.

Então, quer dizer, quando eu montei o sarau na Virada Cultural, eu expus os poetas. Então há de se criar um projeto para produção de livros. Hoje mesmo, está na minha mão, um usuário do Caps de Osasco que quer produzir música. Mas ele não sabe. Ele produz boas músicas. Mas ele não sabe por onde começar. Então há de se pensar numa estrutura, para esse usuário também sobreviver. Não ficar só no circuito e no Caps para almoçar e para participar das oficinas, ter uma vida além disto, se ele tem este potencial.

Paula Carpinetti Aversa: Eu acho que isso que o Kayky traz é superimportante para a gente pensar que a arte, ela não é terapia. A arte, ela pode ter um efeito terapêutico, mas não é o que ela busca. Então inserir o usuário do Caps, de SRTs ou de outros dispositivos da rede de saúde mental, oferecer, ofertar este mergulho no campo das artes. Não é só o quadrinho, como o Kayky falou, é fazer com que o usuário entre em contato, que aprenda e possa fazer disto um meio de vida, como o Kayky falou, que ele tenha contato com o universo das artes e não ficar apenas naquele momento da oficina do Caps. De ter mais abertura para receber essas obras. Mais abertura e mais suporte para que elas possam existir.

Nathalia Barbosa: O CRP São Paulo trabalha incansavelmente para garantir que a gente construa uma Psicologia que fuja da lógica manicomial, no caso, onde as pessoas

têm ali as suas existências invisibilizadas, os seus direitos violados. O cuidado em liberdade tem, inclusive, justamente este propósito de oferecer serviços de qualidade em favor da saúde mental do indivíduo, de preferência, no seu território, a partir de uma lógica antimanicomial. Mas a gente sabe que, infelizmente, a gente tem muito trabalho pela frente. É o que você estava dizendo agora. Há de se construir ainda uma estrada para se trilhar. Mas ainda é muito importante reforçar o fim das lógicas de privação e hospitalização. Eu queria saber o que vocês pensam sobre isso. Sobre o que ainda se tem para ser feito.

Paula Carpinetti Aversa: Se fez muito, mas ainda há muito caminho pela frente. Há muito o que se fazer no campo da saúde mental, para tirar os sujeitos deste rótulo de doentes. Vê-los por uma outra perspectiva. E a gente corre o risco de tornar essa rede de cuidado que a gente duramente conseguiu construir, a partir da década de 80, no Brasil, a gente se aprisionar nela novamente.

E só ser o Caps o local principal e único para que o sujeito possa retomar sua vida novamente. Realmente, fazer a rede capilarizar. Ficar ainda mais rizomática esta rede de saúde mental e não deixar a coisa se perder numa oficina, naquele momento da semana. Dar mais amplitude para aquilo que ocorre nesses encontros com a arte.

Kayky Avraham: Hoje, apesar de que a minha equipe sempre me manteve fora dessa questão do muro invisível, que é o Caps, já passei por várias equipes, eu já estou há muito tempo com o Dr. Cláudio e ele sempre me forçou a viver uma vida fora do Caps. Mas hoje, o que acontece... Os pacientes antigos, eles têm ajuda do governo, que é o LOAS, têm o passe-livre para andar de condução e o Caps disponibiliza o almoço deles e o café da manhã. E aquilo é a vida dele. Ele não consegue sair disso. O Caps acabou virando, o que a Paula comentou, um segundo manicômio. Um manicômio de muros invisíveis, por mais que o Caps tenha portas abertas, a pessoa continua fechada. Você vai lá, a pessoa está fumando, está tomando café. Às vezes é uma briga para ela participar de uma oficina.

As oficinas estão vazias. Não é culpa dos técnicos também, mas é como que se põem as coisas. Porque o que eu falei

na outra fala, o Caps é de segunda a sexta. E chega no sábado e no domingo, que é onde acontecem os surtos, ele não tem para onde correr. Hoje eu tenho uma parceria, há muitos anos que eu tenho uma parceria com a psiquiatra Júlia Catunda, que comunga da mesma escola de Nise da Silveira, que há uns quatro anos atrás, a gente pensou em ter atividades de fim de semana. Ela até acabou adquirindo uma casa na Lapa para levar pessoas para ter atividades de fim de semana nessa casa. Um espaço gratuito. E com a pandemia, a gente acabou levando esse espaço para o virtual, com encontros de sábado à tarde, onde qualquer usuário, qualquer profissional, a gente tem um encontro de uma hora e meia para um bate-papo. Para uma relaxada. Então, quer dizer, nesses encontros, a gente já falou sobre roteiro de filme, a gente até desenvolveu um roteiro. A gente falou sobre racismo, falou sobre o metaverso. O último encontro foi encontro literário.

Então a gente começa a pensar atividades de fim de semana. Então, quer dizer, saiu um pouco deste muro invisível que o sistema acabou criando. Já que a gente está neste governo que também não ajuda, a gente está tendo pouco apoio do governo. Nenhum apoio, também. As verbas dos Caps estão diminuindo cada vez mais e eu acho que é uma situação muito complicada. A luta antimanicomial tem um grande problema daqui para frente para enfrentar. Talvez a gente esteja na fase de maior desafio, que a gente está tendo, agora mesmo, porque fecharam os manicômios, abriram as clínicas terapêuticas e não tem nenhum investimento no Caps. Estamos na maior crise da situação.

Paula Carpinetti Aversa: Pois é, eu acho que Kayky tem razão. A gente está num período bastante precário do atendimento do cuidado em saúde mental. E a gente tem que buscar, cada vez mais, ampliar, como eu falei anteriormente, capilarizar ainda mais esta lógica antimanicomial. Entender que, por exemplo, quando a gente oferta uma oficina de escrita, uma oficina de artes visuais, a gente não está ofertando simplesmente, não que seja pouca coisa, mas simplesmente materiais e técnicas para o usuário. A gente está ofertando, oferecendo vida, possibilidades de vida para esses sujeitos.

E na medida em que isso está se dissolvendo, a gente está parece que retrocedendo, em muitas instâncias, a gente está com um desafio enorme pela frente que é fazer com que esta rede de sustentação ao sofrimento psíquico, que ela realmente dê esta estrutura para as pessoas que dela necessitam e que vai além das questões psiquiátricas, terapêuticas, é uma questão de pensar em modos de assistência, modos de vida, que é isto que se procura.

Mas há toda uma dificuldade no momento, em função de cortes de verba, de algumas formas de pensar, algumas mentalidades mais retrógradas, mais conservadoras. A gente está vendo que isso está se fortalecendo, então a gente precisa reunir forças para tocar o projeto de um cuidado antimanicomial.

Kayky Avraham: Hoje a resistência é tudo, porque eu vejo, com a pandemia, o Caps Itapeva acabou diminuindo as atividades. A única oficina que resistiu mesmo foi a oficina de teatro, que teve alguns encontros e tinha um encontro virtual pelo Zoom toda segunda-feira. A Juliana, ela foi resistente, manteve a oficina dela. Mas eu fico vendo os outros Caps pelo Brasil que eu vejo, eles fecharam completamente, é só consulta e eu percebia que alguns usuários que estavam tão tranquilos, de repente, caíram num vale comum, entendeu? Já estava complicado e com a pandemia ficou mais complicado ainda. Se as pessoas comuns sofreram com o confinamento, vocês imaginem como as pessoas com transtorno mental se viram no confinamento forçado.

Então, eu ainda não tenho nenhum conhecimento de que foram liberadas as consultas on-line para os psicólogos. Eu acho que isso foi uma grande ajuda, mas não teve nenhum serviço público de consulta on-line para usuários do serviço. Ficou só na rede privada. Devia ter disponibilizado um serviço de psicólogo on-line.

Eu não sei... Não é uma bronca para o CRP, mas era uma coisa que deveria ter sido pensada, porque ficou complicada a comunicação. Ficou muito complicado.

Paula Carpinetti Aversa: Essa situação pandêmica, eu acho que intensificou problemas que já existiam. E por isso que a gente precisa respirar de novo, juntar forças para realmente sair da lógica manicomial. Produzir o cuidado em liberdade. A gente está nestes

tempos pandêmicos que, enfim, têm essa reclusão, então de fato os usuários se prejudicaram muito neste momento que a gente está passando. Nesse momento histórico que a gente está vivendo.

Gigi: Muita resistência é necessária, e precisamos. E mostra como o prêmio realmente se faz importante, ainda porque acredito que são todas as formas de lutar, de resistir, que precisamos ter em mãos, e como a arte pode ser uma delas, e uma das mais importantes, que ainda tem este efeito terapêutico, como colocamos aqui, mas também embeleza em nossas vidas e nos fortalece, nos alivia em momentos muito difíceis que temos vivido.

E com isso eu vou caminhando aqui para o fim do nosso episódio, vamos terminar com uma poesia, aqui, que também é de uma das classificadas de uma das edições do Prêmio Bispo do Rosário, na categoria Poesia, a Rúbia Maria Sabatini de Oliveira escreveu uma poesia chamada "Ser ou não ser": "Quem somos? De onde viemos? E para onde vamos? Eis a questão que angustia e impulsiona o Homem desde tempos primitivos e remotos. As religiões tentam responder, cada qual à sua maneira, estas perguntas tão antigas quanto o próprio Homem. E o Homem busca, se assusta, avança e recua. Tenta, reinventa, ora filosofa, ora se distrai, trai por maior parte do tempo a sua própria consciência. E outros procuram na ciência a lógica da coisa. Que coisa? Criaturas humanas à procura do seu Criador. A dor chega e avisa: Não se iluda com este mundo que é só matéria. Não fosse a vida escondida por detrás dela. Abra a janela da mente e veja novos horizontes se insinuam à tua imaginação tão fértil. Olhe para cima, olhe para o alto, olhe para os lados, e reconheça teus irmãos. Olhe para fora, olhe para dentro, o espaço não é só concreto e cimento. E você, quem é? Médico ou doente? Paciente ou impaciente? Fez faculdade ou não tem mais idade para isso? Para tanto? Quanto? Quem é você? Metade ou quantidade? Inteiro ou meio? Verdade ou falsidade? Sombra ou melhor idade? Uma fraude? E tu? Para onde vais? Cais ou aeroporto? Conforto ou desespero? Algum enterro? Seu ou de algum parente? Próximo ou distante? Errante ou navegante de outros mares? Bares? Botequins? Ou se maquia em algum camarim? E você, como vai? Gostando da viagem? Ansio-

so com a chegada? Talvez uma nova estrada. Uma nova estada em outro país? Pronto para o desconhecido? O que leva contigo? O que tem na bagagem? Roupas? Livros? Amigos? Ou só solidão? Não! Não tenha medo! Vou te contar um segredo. O mar é calmo, as ondas, serenas. O mato é verde, o cheiro é de terra. As cores são flores e belas. A alma é clara, o sol cintila, a brisa é fresca, e as gôndolas de Veneza deslizam em águas mansas ao redor de um palácio de cristal. O céu é azul, os olhos também. A luz é eterna, e lá não há guerra. E então, vens comigo? Te convenço ou tudo isso é pouco? Pareço louco? Bem, então me resta te esperar na primavera de outra vida, no amanhecer de outro tempo que virá. Pode acreditar. Não há mal. Caso duvides, também não tem problema. A gente se encontra cedo ou tarde em outro sistema solar. Outra Via Láctea. Outras galáxias, estrelas que sempre mudam de lugar. Até lá!”

Paula Carpinetti Aversa: Belíssimo! Né? A arte salva mesmo!

Kayky Avraham: Eu posso ler uma poesia? É uma poesia, que eu gosto muito, do Guimarães Rosa.

“Todos estão loucos, neste mundo? Porque a cabeça da gente é uma só, e as coisas que há e que estão para haver são demais de muitas, muito maiores diferentes, e a gente tem de necessitar de aumentar a cabeça, para o total. Todos os sucedidos acontecendo, o sentir forte da gente – o que produz os ventos. Só se pode viver perto de outro, e conhecer outra pessoa, sem perigo de ódio, se a gente tem amor. Qualquer amor já é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura. Deus é que me sabe.”, Guimarães Rosa. É o Grande Sertão: Veredas.

Gigi: Muito bom!

[Canto] “Cheguei, parei, olhei, te vi, falei, você me escutou. Que bom, desabafei por ter sua atenção, estando com você é bom...”

[Coro/refrão] Passo o dia sem entrar em fria, ó, que Psicologia.

Você é dez, me tirou do stress, pobre loucura, escrever você num caderno brochura”.

Gigi: E essa foi a música “Psicologia”, da banda “Loko na Boa”, que é composta por usuários do Caps Ruy Souza Dias, lá da cidade de

Assis, interior de São Paulo, associados e associadas da Pirassis e estagiárias e estagiários da Unesp, também lá da cidade de Assis.

Gente, então queria muito agradecer a presença de vocês. Foi muito bom, muito rico. É sempre importante a gente criar estes espaços de discussões, não só para a categoria, mas para toda a sociedade.

Muito bom lembrar o prêmio. Não esqueceremos ele e a sua potência. Em breve nos encontraremos, quem sabe também presencialmente ou em outros lugares físicos ou virtuais.

Paula Carpinetti Aversa: Eu agradeço enormemente a possibilidade de conversar, da gente se encontrar, para a gente fortalecer estes vínculos, estes encontros que potencializam as nossas vidas. Então tivemos, aqui, um encontro muito potente. Agradeço!

Kayky Avraham: Agradeço muito o convite! O CRP sempre foi um parceiro muito forte que eu tive. Eu convido todos a assistirem ao documentário “Sociedade Secreta”¹, que está disponível no YouTube, e eu combinei com o CRP que na matéria vocês vão deixar o link do vídeo e do documentário. É um documentário rápido de 20 minutos e podem divulgar à vontade nas aulas de vocês. É um debate e eu gosto muito desse documentário. Foi feito com muito carinho. Obrigado para o CRP. Obrigado a todos, Gigi, Paula, Bryne. Obrigado a todos! Ah! Obrigado, muito, ao Sérgio, meu grande amigo!

Obrigada, Kayky, também. Obrigada a vocês, gente!

Nathalia Barbosa: Para você que está chegando aqui, agora, seja muito bem-vinda, muito bem-vindo, nós nos encontramos no próximo episódio. Não deixe de nos acompanhar nas redes sociais do Conselho, no nosso site www.crp.org.br. Este foi o último episódio da série especial “Cuidado em Liberdade” do Estação Psicologia, o podcast do CRP São Paulo.



Conselho
Regional de
PSICOLOGIA SP

