



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva
Residência Multiprofissional em Saúde Mental



Gabriela Cassiano de Albuquerque

**“LUCRO, MÁQUINA DE LOUCO”
UM ENSAIO TEÓRICO-REFLEXIVO SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL, O
TERRITÓRIO E A NECROPOLÍTICA.**

CAMPINAS

2023

Gabriela Cassiano de Albuquerque

**“LUCRO, MÁQUINA DE LOUCO”
UM ENSAIO TEÓRICO-REFLEXIVO SOBRE O ADOECIMENTO MENTAL, O
TERRITÓRIO E A NECROPOLÍTICA.**

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, como parte dos requisitos para conclusão e obtenção de título de especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Giovana Borges Saidel

Coordenadora: Profa. Dra. Rosana Onocko Campos

CAMPINAS

2023

FOLHA DE AGRADECIMENTO

A trajetória até esse momento pareceu solitária por diversos momentos, e me apegar a memórias de o que um dia eu acreditei ser saúde mental por vezes não eram suficientes para me fazer esperar com uma enfermagem em saúde mental que eu acreditasse. Mas a cada dia, a cada novo encontro e a cada nova relação que eu construía, tudo parecia uma nova oportunidade de descobrir os caminhos para construir a minha postura clínica que seria mais à frente ser algo tão rico para mim.

Chegar a esse momento de conclusão, mas também de partida para novos desafios, me faz lembrar de cada um que me ajudou direta ou indiretamente até esse momento. Como meus pais e minha irmã que foram alicerces importantes nesse período e meus amigos próximos, que me auxiliaram a semear momentos leves em meio a algumas durezas vividas.

Mas, também fica o sentimento de gratidão aos que estiveram comigo ao longo dessa trajetória de muito aprendizado, como os colegas e parceiros de trabalho que fui encontrando ao longo desses 2 anos de formação, em especial aos meus supervisores, a preceptora, minha dupla de referência no caps ij e a minha orientadora que me acolheu desde o início.

Por fim, a todos os usuários que conheci ao longo de minha trajetória, todas as famílias, crianças e adultos que confiaram no meu trabalho e participaram ativamente no meu processo formativo. Com carinho especial por aquelas em que o vínculo foi construído encontro a encontro, com muito afeto, acolhimento, escuta e respeito, produzindo relações terapêuticas que são até hoje muito caras para mim. Afinal, construir uma clínica baseada no afeto permite que eu seja completamente afetado pela história da pessoa que se põe à minha frente.

GLOSSÁRIO

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS IJ - Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

DSS - Determinantes Sociais em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

CLS - Conselho Local de Saúde

SUMÁRIO

Introdução	5
Metodologia	6
Reflexões	7
1.1 O território e seu movimento orgânico	8
1.2 Participação social como estratégia de cuidado	11
1.3 Há quem serve a produtividade?	16
Conclusão	20
Referências	22

INTRODUÇÃO

No complexo cenário da saúde mental contemporânea, a compreensão do adoecimento psíquico vai além de uma abordagem individual das demandas e experiências do indivíduo. Sendo necessário aumentar a perspectiva para um campo no qual se entrelaçam a interseccionalidade e a necropolítica, a fim de compreender toda pluralidade e a rede que está na retaguarda do adoecimento. A saúde mental, muitas vezes abordada de maneira isolada, pouco fornece ferramentas para um real cuidado em rede e quando observada em um contexto revela-se uma esfera intimamente conectada às estruturas sociais, políticas e econômicas que permeiam a vida das pessoas ¹. Ao incorporar a lente da interseccionalidade, reconhecemos que as identidades sociais não operam de forma independente, mas convergem-se, gerando experiências únicas de vulnerabilidade e resiliência.

Nesse contexto, a necropolítica delinea ou delimita o poder estatal sobre quem vive e quem morre, manifestando o controle a partir da desumanização de corpos que frequentemente são atravessados por questões de raça, classe e gênero ^{2,3,4}. Emergindo como um componente crítico na compreensão das disparidades em saúde mental. Este parágrafo introdutório busca lançar luz sobre a articulação entre saúde mental, interseccionalidade e necropolítica, destacando a importância de um olhar mais amplo e inclusivo na análise das condições que impactam profundamente o bem-estar psíquico dos indivíduos e das comunidades. Direcionando nosso olhar para as disparidades sistêmicas que permeiam os acessos aos cuidados em saúde mental.

A marginalização de grupos, a falta de acesso a recursos adequados e a perpetuação de estigmas, tornam-se facetas cruciais a serem examinadas na compreensão da saúde mental em um contexto mais amplo. Gerando inquietações que mobilizam a construção de reflexões a partir das seguintes indagações: quais espaços as pessoas com adoecimento psíquico ocupam na sociedade e como podemos superar o paradigma do lugar da loucura? Como também, refletir sobre as questões levantadas no início do trabalho, que ajudam a construir a segunda indagação, sobre como a dinâmica de poder da necropolítica neoliberal e da interseccionalidade influenciam a participação social de grupos marginalizados?

Portanto, este trabalho busca refletir sobre os atravessamentos e as iniquidades em saúde a partir de um panorama do sistema político, econômico e cultural, com o objetivo de compreender quais estratégias e mecanismos disponíveis podem ser eficazes para combater o

adoecimento mental decorrente da necropolítica. E como a participação social, os movimentos sociais de base, e a promoção de espaços seguros de aquilombamento, promovem uma resistência à desigualdade imposta.

METODOLOGIA

A proposta deste estudo foi por meio de um ensaio teórico-reflexivo, composto por um conjunto de reflexões, argumentações e problematizações de base teórica. Contudo, a proposta perpassa também por reflexões adquiridas no cotidiano da prática, a partir de leituras e vivências prévias que foram construídas ao longo da minha vida pessoal sendo uma mulher, negra, periférica e SUS dependente, como também do meu percurso formativo desde vivências da graduação até a residência multiprofissional em saúde mental.

Alinhada a uma trajetória pessoal marcada por questões raciais e sociais que mobilizaram sempre a busca por referenciais decoloniais que buscassem acolher e traduzir muitas das vivências, encontro em minha trajetória autores e pensadores que trazem em sua literatura reflexões políticas, sociais e de saúde. Permitindo que nesse trabalho eu assumo um referencial teórico a partir da perspectiva social em concomitância com teóricos negros que discutem pautas raciais na saúde, com destaque para esse ensaio para Achille Mbembe, Patricia Hill Collins, Isildinha Baptista Nogueira, Emiliano de Camargo David e Milton Santos.

Com ênfase na parte reflexiva se faz importante entender meu itinerário pessoal e formativo, passando pela definição do tema, até chegar às discussões em espaços de orientação e pesquisa. Desde o início, quando opto por seguir na saúde mental, sinto uma afetação maior por populações vulnerabilizadas, essas que são constantemente atravessadas pelas intersecções de identidades sociais e acabam por não serem vistas não só pela saúde, mas também pela sociedade civil em sua totalidade². Isso me implica a ponto de eu escolher estar em um campo da saúde mental infanto-juvenil, um CAPS IJ, no qual os marcadores ganham mais um acréscimo que é a invisibilização do discurso de crianças e adolescentes⁵.

Já no segundo ano de prática da residência, escolhi estar na Atenção Primária à Saúde (APS), na qual foi possível ter o contato *in locu* com as demandas de saúde que eram intimamente atravessadas pelos DSS, mas que também tinham a potencialidade de serem vistas a partir de uma perspectiva horizontalizada do cuidado, com dimensões preventivas e

de promoção de saúde. Todas essas experiências foram assistidas desde o início por supervisores em espaços de tutoria, viabilizando uma construção crítica das vivências clínicas. Devido a esses espaços de reflexões que se fez possível construir um ensaio que somasse as minhas experiências com as discussões teóricas.

REFLEXÕES

Como enfermeira de saúde mental em um município de grande porte, observei que a distância física dos serviços especializados, como os CAPS, representa uma significativa barreira de acesso a cuidados em saúde mental. Isso levou-me a refletir sobre o processo saúde-doença enfrentado pelos indivíduos no território e a compreender os marcadores que compõem esse processo de adoecimento.

Quando pensamos no processo de saúde e doença, em especial na saúde mental, se faz necessário pensar em alguns pontos comuns que oportunizam identificar o processo de adoecimento como algo coletivo, para além da singularização do sujeito ¹. São relevantes para essa análise o contexto sócio-histórico do indivíduo e da sociedade; as redes de apoio social, familiares e afetivas; e as condições necessárias para que a pessoa se constitua enquanto um indivíduo social de direitos, com oportunidades de acesso garantidos desde sua infância até seu leito de morte.

Porém não podemos negligenciar os marcadores sociais que singularizam o sujeito e tornam as questões de desigualdades sociais ainda mais complexas. Patricia Hill Collins ⁶ explora o conceito de interseccionalidade e descreve que

As relações de poder que envolvem raça, classe, gênero e orientação sexual, por exemplo, não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes. De fato, essas categorias se sobrepõem e funcionam de maneira unificada. Além disso, apesar de geralmente invisíveis, essas relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social ⁶.

Os determinantes sociais de saúde (DSS) consideram fatores mais amplos, como condições sociais, econômicas e ambientais, bem como as condições de acesso à alimentação, segurança, educação, moradia, trabalho, acesso a serviço de saúde e a cultura da população ¹. Concomitantemente a interseccionalidade destaca a importância de reconhecer as interações entre múltiplos aspectos da identidade de uma pessoa e como essas interseções podem resultar em desigualdades específicas e experiências únicas de saúde.

A interseccionalidade enquanto uma teoria social abrange um olhar para as relações de poder, como também para as estruturas sócio-culturais e para as relações interpessoais ⁶. Quando transpomos essa teoria para a saúde é possível aprofundar essa compreensão, destacando como as diversas dimensões da identidade de uma pessoa se manifestam de forma combinada e geram diferentes impactos na saúde.

Quando ocorre falência em um ou mais dos componentes dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), esse fato pode sinalizar uma desproteção desse sujeito e afetar negativamente o bem-estar das pessoas, deixando-os expostos a maiores fatores de risco. Essa questão se agrava quando o indivíduo é atravessado por marcadores sociais que se interseccionam, deixando potencialmente mais vulnerável ⁷.

Seguindo os DSS como direito de acesso a serviço público e de qualidade tanto na saúde como na assistência ¹ a APS se faz de extrema importância frente aos determinantes, tanto por ser uma das portas de entrada do SUS, quanto por compor uma das principais atribuições da APS, a promoção e a prevenção de agravos em saúde.

Esses determinantes podem impactar de forma significativa a qualidade de vida e de acesso dos indivíduos, principalmente em territórios vulnerabilizados em que os determinantes compõem o ciclo de adoecimento e muitas vezes podem ser a causa ¹.

1.1 O território e seu movimento orgânico

À medida em que a população afasta-se dos centros devido a um movimento de gentrificação e favelização desses territórios, ocorre também um menor investimento em cultura e infraestrutura ⁸, o que leva a população a possuir menos recurso e acesso para ir além de seu repertório rotineiro de oferta. Essa redução de oferta é especialmente cruel com aqueles que vivem às margens, nas quais a vulnerabilidade e a precarização ditam o cotidiano ². Sendo uma estrutura planejada a partir do viés capitalista neoliberal, a população fica sujeita a ter o mínimo de acesso educacional e cultural possível. Reproduz-se então uma lógica mercantil, na qual o indivíduo precisa saber apenas o mínimo para tornar-se mão de obra ², mas não o suficiente para abalar com as estruturas da sociedade.

Esse panorama limita as potências dos serviços de saúde, pois a ausência de recursos para estratégias de prevenção e promoção fazem com que os processos de trabalho se cristalizem na lógica ambulatorial. Esse movimento ocorre em detrimento da ausência de

outros equipamentos de saúde, lazer e cultura, impactando na dificuldade em operacionalizar o modelo de clínica ampliada e permanecendo no paradigma “queixa/condução”.

Nesse sentido, a necropolítica deixa de ser um modelo teórico e passa a ser um modelo político, de forma que os sujeitos subjugados nessa estrutura tornam-se apenas corpos ². Tais corpos servem a lógica neoliberal logo, saudáveis, produtivistas, pouco questionadores, alienados de si e de sua situação, correspondendo a norma social, sem “ameaçar” ou perturbar as estruturas fundantes ².

Se a pessoa não tem acesso a espaços de lazer e cultura, como conseguimos produzir saúde? Em especial saúde mental?

Articular cuidado e cultura em saúde mental exige antes de tudo uma análise social, pois a cultura está intimamente associada ao modo como o adoecimento é experimentado pelo indivíduo, como o adoecimento é concebido pela sociedade e pelos agentes de cuidado que estão inseridos em um mesmo meio social ⁹. De modo que os atravessamentos culturais apresentam influências tão fortes que autores como Summerfield ¹⁰, considera indissociável avaliar o adoecimento mental sem considerar os padrões culturais que o sujeito está inserido ¹⁰. Estes padrões são compostos por valores que não dizem respeito somente aos usuários, passam também pelas famílias, profissionais e sociedade, marcando toda a construção de vida e de valores dos indivíduos ⁹.

Em territórios que contam com a cobertura da ESF, que correspondem a mais da metade da população brasileira ², essa resposta não é dada de forma fácil, pois como ressaltado no início, muitas vezes esses territórios em que a ESF está presente contam com pouca estrutura de cultura e lazer, visto que a saúde da família está responsável principalmente pela cobertura de territórios vulnerabilizados ². Que geralmente representam bairros às margens, empurrados pelos processos de favelização e gentrificação dos centros das cidades brasileiras ¹¹.

Um estudo realizado em 2008 aborda a relevante participação social dos moradores na reivindicação e construção de áreas de lazer como praças e parques comunitários em um bairro periférico do município de São Paulo ¹¹. De forma que não havia pluralidade de ofertas no território, pois vale ressaltar que em alguns territórios de São Paulo houveram ocupações e construções de moradias, por vezes irregulares, com pouco planejamento da infraestrutura do

bairro e das instalações públicas. Resultando em barreiras frente aos projetos de urbanização, e conseqüentemente os movimentos populares encontravam resistência, porém conseguiram conquistar espaços públicos a partir de suas mobilizações e reivindicações ¹¹.

A participação dos usuários vinculados a serviços de saúde de base comunitária podem e devem ser estimuladas de modo a ofertar ferramentas de empoderamento e transformação social. Tal estratégia pode surgir a partir do fomento de oficinas como as de práticas emancipatórias, que visam criar espaços para os indivíduos tomarem consciência dos espaços que eles ocupam na sociedade, e assim refletir sobre seus direitos e espaços que podem ser acessados.

Como, por exemplo, equipamentos públicos de cultura, como bibliotecas, salas de cinema, teatros, salas musicais, entre outros, que em geral ficam em territórios que segundo Milton Santos, são conhecidos como “territórios luminosos”⁸, já que acumulam densidade de bens culturais e conseqüentemente atraem atividade técnica e econômica, tornando-se locais lucrativos e modernizados ⁸. Em oposição aos “territórios luminosos”, Milton Santos propõe os “territórios opacos” que, em geral, são descentralizados, com menor densidade de bens culturais e são pouco atrativos para atividade técnica e econômica, sendo entendidos como territórios com fluxo habitacional / doméstico ⁸. Quase como bairros dormitórios, em que seus moradores passam o dia vendendo sua força de trabalho nos centros e a noite voltam para a periferia para descansar.

Segundo dados do IBGE de 2019, a diferença de acesso se apresenta para além da barreira territorial, impactando o acesso da população preta e parda brasileira em equipamentos culturais, em especial, em salas de cinema. Essa desigualdade racial reflete diretamente a desigualdade regional, pois o levantamento do IBGE aponta indicadores culturais de todo o território brasileiro, que moldam um retrato macrossocial das desigualdades entre regiões do país ¹².

Na rede pública brasileira, a oferta de atividades culturais e artísticas ainda é limitada e insuficiente, mas existem experiências bem-sucedidas de grupos e intervenções no território que apontam a arte e a cultura como ferramentas terapêuticas potentes de promoção da saúde mental ¹³.

Ao reunir dados da saúde e da cultura, conseguimos fazer um breve mapeamento de que os territórios opacos, são justamente os territórios vulneráveis em que a ESF tem sua atuação mais significativa, já que atinge diretamente as populações vulnerabilizadas marcadas por diversas desigualdades e interseccionalidades que os tiram do lugar de poder das relações. Condicionando-os a ocuparem posições passivas e pouco questionadoras, fazendo-se necessário construir com esses sujeitos espaços que devolvam a eles lugares de democracia e participação. Para que seja possível construir uma rede plural de cuidados mais humanizada e efetiva ¹³.

1.2 Participação social como estratégia de cuidado

Foi por meio da participação de diferentes atores sociais durante a Reforma Sanitária Brasileira, que se deu a gênese da construção do SUS e das políticas públicas de saúde, que abrangem toda a população brasileira.¹⁴ O mesmo movimento participativo foi observado durante a Reforma Psiquiátrica Brasileira, momento em que usuários, familiares, trabalhadores da saúde e militantes se coletivizaram no intuito construir estratégias de desinstitucionalização e de garantia de direitos para as pessoas com transtornos mentais ¹⁵.

Contudo, ao observar cronologicamente o fenômeno da participação social, é possível observar um atual esvaziamento dos espaços participativos. Durante minha atuação enquanto residente em serviços de base comunitária de saúde, tive a oportunidade de observar a existência de grupos e espaços de cogestão como o Conselho Local de Saúde (CLS). Entretanto, a participação e engajamento dos usuários e da população eram baixos, ocorrendo até o encerramento de grupos, como o de terapia comunitária por falta de adesão. Ao vivenciar tal fenômeno compreendi sendo uma consequência dos resquícios da pandemia de COVID-19, em que, após o momento pandêmico, os indivíduos continuaram a reproduzir o comportamento de isolamento social. Essa reflexão pessoal e intuitiva do fenômeno de esvaziamento dos espaços coletivos, havia sido realizada sem considerar os atravessamentos macro-políticos envolvidos, como por exemplo as estratégias políticas de desarticulação dos movimentos de base, o desinvestimento neoliberal em ações grupais em detrimento de atendimentos individuais e a displicência das autoridades (locais, regionais, estaduais e federais) em solidificar a participação social nas instâncias políticas mais próximas e acessíveis aos cidadãos ¹⁶. Porém, ao me debruçar na teoria e discutir em espaços de supervisão, algumas reflexões foram agregadas em torno desse tema.

Ao me aproximar da abordagem teórica do engajamento social na contemporaneidade, se fez importante também considerar o momento histórico, político, econômico e sanitário desse fenômeno, visto que estamos inseridos num sistema econômico capitalista neoliberal, em que o lucro e o acúmulo de bens individuais instiga a competitividade, nos tornando administradores de nós mesmos ^{2, 16}. Tendo maior liberdade individual e dando menos importância para regras e padrões sociais, incentivando o predomínio da individualidade e do consumo ¹⁶.

Essa individualização do “eu” se molda a partir da exposição ao sistema capitalista neoliberal, mas sustenta-se também em outras esferas, como, por exemplo, os acontecimentos políticos que ocorreram desde o golpe de 2016 até as eleições de 2018. Em que foi eleito um governo que alinhado a agenda capitalista neoliberal sustentou, encaminhou e votou pautas de revisão da seguridade social, das condições de trabalho, da aposentadoria e do piso salarial ¹⁶. Esgarçando espaços políticos, desinvestindo em pautas e reivindicações sociais relevantes e promovendo uma desintegração da coletividade social, que pode ser classificada como uma das principais estratégias de desengajamento social ¹⁶. Consequentemente, a segurança pública ficou afetada aumentando a insegurança social, gerando um abismo entre o “eu” e o “outro”, abrindo margem para uma maior individualização dos sujeitos.

Em meio a esse cenário político e econômico que fomenta a individualidade, acrescenta-se mais uma camada referente a pandemia de COVID-19, que acometeu a população mundial a realizar isolamento social em massa, com severas medidas sanitárias de proteção para prevenção da infecção pelo vírus e suas variantes. Dados apontam que durante esse período da pandemia as populações mais vulnerabilizadas e atravessadas por marcadores sociais, foram os que mais adoeceram e faleceram em decorrência da pandemia especialmente os negros, periféricos, as pessoas indígenas, população em situação de rua, população encarcerada entre outros ³.

Chegando até o momento atual, em que se observa o desdobramento de todos esses acontecimentos, que influenciaram no esvaziamento dos espaços grupais de cogestão e de participação social, que para além de sujeitos ajustados à práticas individualistas, também foram afetados por fatores externos fora de seu controle.

Um estudo realizado em 2020 que analisou o (des)engajamento social por meio dessas múltiplas lentes, aponta uma mudança pós-pandemia no jeito de realizar reivindicações

coletivas, usando os protestos como ferramenta pontual /focal para demonstrar um descontentamento social com alguma pauta ¹⁶. A forma de participação a partir de protestos emergem rapidamente por serem muitas vezes organizados via redes sociais e auxiliam a publicizar a causa, mas eles possuem pouco efeito a longo prazo e diferente de outras formas de participação, o protesto não gera uma comoção continua com as reivindicações levantadas, acarretando uma não manutenção dos direitos conquistados ¹⁶. A autora ainda propõe uma relação com a definição do filósofo e sociólogo Zygmunt Bauman sobre Modernidade Líquida, de modo que ela sugere um paralelo entre a fluidez e a fugacidade dos vínculos sociais na atualidade, com os protestos que emergem como parte de um descontentamento coletivo de natureza superficial, sem responsabilidade ética e sem compromisso a longo prazo com a pauta ¹⁶. Podendo ser uma das possíveis respostas ao desengajamento, pois não havendo a manutenção das pautas elas se tornam obsoletas e desinteressantes. A autora ainda argumenta que os protestos por si já representam uma modernidade líquida por corresponder a uma dinâmica de caráter adaptativo contextual ¹⁶.

Mostrando a importância de incentivar e sustentar espaços físicos e coletivos de participação, principalmente a fim de garantir a cidadania e direito de acesso a todos, visto que não são todos que têm as mesmas oportunidades de acesso, tornando a participação pouco plural. Também se faz necessário fomentar a formação de sujeitos coletivos, que sejam co-participativos em seu exercício de cidadania, sendo espaços cogestivos fundamentais para a conquista de espaços democráticos e de direitos sociais ¹⁴.

Os CLS que acontecem nas unidades de atenção primária à saúde, por ocorrerem em um serviço territorializado, teriam a possibilidade de discutir questões relevantes daquele cenário, como também da micro-política. Sendo esse um espaço importante e potente para o indivíduo exercer uma democracia participativa e ter garantido seu direito de acesso.

Como já explorado neste trabalho, o público que majoritariamente é atendido pelo SUS, são sujeitos atravessados por inúmeras iniquidades, e dar voz e espaços de posicionamento para essa população que historicamente foi e ainda é silenciada, é o que pode fazer mobilizar a lógica necropolítica de que existam corpos que possam ser ceifados ². Fazendo emergir outros modelos de participação e envolvendo as pessoas em defesa de suas próprias condições de saúde ², para que elas digam de suas necessidades e auxiliem na construção de políticas que realmente atendam às suas demandas e necessidades.

Logo, os espaços de participação social são uma estratégia potente de enfrentamento à lógica necropolítica e neoliberal, por propor a mobilização de coletivos em prol de causas/iniciativas comuns, agregando grupos e ideias plurais que o capital almeja separa².

Em especial na esfera da saúde, em que diversas dimensões da identidade de uma pessoa se atravessam, e estar em um coletivo que acolha e compreenda a sua diferença se torna um fator protetivo. Nesse contexto, os fatores protetivos emergem como elementos que contribuem para reduzir as desigualdades e promover a equidade de acesso à saúde, tendo políticas afirmativas e de inclusão como uma poderosa ferramenta para fortalecer esses fatores protetivos, intervindo diretamente nas disparidades sociais, visando a garantia e ampliação do acesso igualitário a recursos e a oportunidades.

Essas políticas podem incluir ações específicas para grupos historicamente marginalizados, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNAPSI, a Política Nacional para a População em Situação de Rua - PNPSR, entre outros. Dessa forma, as políticas afirmativas atuam como instrumentos essenciais na criação de um ambiente social e estrutural que fortalece os fatores protetivos, impactando positivamente na saúde da população e reduzindo as disparidades que derivam de determinantes sociais adversos, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e saudável.

No município de São Paulo, alguns* serviços de saúde mental, em especial nos CAPS, têm surgido o movimento de quilombamento, que visa criar espaços seguros e de acolhimento para as pessoas não brancas, com ênfase a pessoas negras e grupos marginalizados¹⁷. Para Emiliano David, é necessário quilombar a saúde mental e ele nos lembra que “os quilombos foram os primeiros territórios de acolhimentos aos revoltosos, às putas, aos loucos e aos alcoólatras do sistema escravista”¹⁷. O quilombamento dos CAPS visa dar luz às singularidades, pois afirma que o mundo não se reduz a um padrão eurocêntrico, e contribui para reabilitar a singularidade e a diferença, colocando-se como um espaço de luta pela descolonização e descentralização das práticas de cuidado¹⁷.

*Até o momento desse estudo, sabe-se que esse movimento de quilombamento tem acontecido em alguns serviços da RAPS do distrito norte do município de São Paulo, no Caps IJ Brasilândia, intitulado “Kilombrasa” e no Caps IJ Vila Maria e Vila Guilherme, intitulado “Kilombo das Vilas”.

A participação dos usuários na construção das políticas de saúde mental pode ser uma importante ferramenta de empoderamento e transformação social, auxiliando na construção de identidade e no desenvolvimento de habilidades sociais ^{9, 14}. Por exemplo, a ascensão dos movimentos de mulheres negras brasileiras abordado por Patricia Hill Collins, em que ela discute sobre as questões específicas dessas mulheres, como o racismo, sexismo e a pobreza, que difere do recorte do feminismo branco ^{6, 7}. Fomentando a partir desses movimentos espaços de destaque para essa população, que sofre com diferentes formas de apagamento da identidade da mulher afro-brasileira ^{6, 7}.

Contudo, indivíduos que carregam com sigilo um legado de exclusão e apagamento de suas histórias e vivências, podem apresentar dificuldades em começar a ensaiar uma participação e um lugar de destaque e centralidade ^{6, 9}. Pois devido às baixas ofertas de repertório de cuidado e de potencialidade de vida, faz com que muitas vezes esses sujeitos sejam esvaziados de desejos e anseios maiores.

Durante uma de minhas vivências práticas, foi possível estar próxima de pessoas que cresceram e sempre foram expostas a uma realidade muito vulnerável, em que a desigualdade social e diversos tipos de violência deixaram marcas na pele. Nas conversas durante visitas domiciliares ou em atendimentos, muitas vezes essas pessoas apenas almejavam um remédio para diminuir a dor da alma, e as ofertas de cuidados que iam por outras vias de cuidado nunca eram entendidas como resolutivas, tão qual a medicação. Uma vez que o repertório que a vida construiu neles era de que a medicação entrava num lugar quase absoluto de estancar todas as outras dores que não eram ditas. Perdendo a delicadeza e sensibilidade de experimentar outras potências de vida, visto que o doutrinado para aquele corpo, naquela realidade social condiz com o mínimo de acesso. Emiliano David faz um paralelo com a forma que os sujeitos experimentam o sofrimento a partir do apagamento de si em “A saúde mental é racializada quando invisibiliza a experiência psíquica das pessoas negras e vulneráveis em detrimento de uma subjetividade baseada na sociabilidade europeia” ¹⁷.

No livro *A cor do inconsciente* ¹⁸ a autora Isildinha Baptista explora nos capítulos iniciais sobre a função espelho para o aprendizado e formação psíquica de crianças, e usa de exemplo crianças negras que tem como espelho uma sociedade que exalta a branquitude, compondo assim o repertório da criança. E quando ela cresce e cria consciência de si, ela entra em conflito, pois o que ela aprendeu até então não comporta seu corpo negro. Se

expandirmos esse conceito, para além da discussão racial e problematizamos também com crianças que crescem em cenários de extrema vulnerabilidade e que seus espelhos representam uma sociedade com importante culto ao capital e a produtividade, quando elas tornam-se adultos que não se enquadram nesse padrão, quão adoecedor e desorganizador isso pode ser? Visto que o repertório desse indivíduo é um corpo ‘saudável’ e produtivo.

1.3 Há quem serve a produtividade?

Como já abordado no presente trabalho, não podemos fazer uma análise em saúde de forma desarticulada do sistema econômico ao qual a sociedade está inserida, dado que a produção de saúde/doença tem relação intrínseca com o modelo econômico vigente ^{1, 4, 19}. Desde a gênese do modelo capitalista durante a Revolução Industrial, tornou-se prioridade fomentar a saúde da população promovendo maior número de trabalhadores aptos a dispor de sua mão de obra ¹⁹. Marcando a década de 1970 com a ideia que em prol de impulsionar a produtividade, se faz necessário a administração do sofrimento, construindo em meio a sociedade capitalista um novo modo de experimentar o sofrimento sob a moralidade neoliberal ¹⁹. Promovendo uma lógica neoliberal de produtividade e de enquadramento à norma produtivista mesmo com corpos adoecidos.

Em contrapartida, pessoas que viviam com transtornos mentais sofreram o oposto, pois seus corpos não silenciavam o adoecimento e elas eram estigmatizadas como ‘loucas/alienadas’ e então eram asiladas em manicômios, excluídas da vivência em sociedade ¹⁵. Sugerindo a vinculação de corpos loucos e pouco produtivos à uma necessidade de asilamento, para que aquele sujeito radicalmente diferente da norma produtivista não ameça-se as estruturas regidas por cabrestos neoliberais ^{4, 15, 19}. Fomentando a reflexão de que uma sociedade com medo de desvelar-se contra o produtivismo, assiste seus corpos serem levados ao limite da produção econômica e psíquica. E ainda assim, quando experienciam o adoecimento mental e não conseguem performar o esperado pelo laço social, a sensação de culpa volta-se para o sujeito e não para a estrutura social adoecida ¹⁶.

No contexto neoliberal, essa gestão do sofrimento psíquico atravessa mecanismos de responsabilização individual, negligenciando desafios estruturais e coletivos, resultando em uma sociedade em que o sofrimento é internalizado e as estratégias de enfrentamento são individualizantes, sem atentar-se para as condições sociais desiguais ^{3, 4, 19}.

Ao longo do livro Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico ¹⁹ os autores argumentam que em resposta a sujeitos divergentes das exigências neoliberais, houve um aumento significativo de diagnósticos psiquiátricos e de medicalização desses corpos, mobilizando uma biologização do sofrimento psíquico ¹⁹. Propondo soluções individuais para problemas complexos, mantendo dessa forma a funcionalidade neoliberal pois, cria-se um sistema autogerido de produção de sintomas, diagnósticos e soluções medicamentosas ¹⁹.

Como abordado nos parágrafos finais do tópico anterior, os indivíduos que crescem com pouco repertório de ofertas de cuidado devido a reprodução histórica de situações de vulnerabilidade, entendem e projetam que a via de cuidado se constrói pela medicação. Sem se aproximar de possibilidades mais amplas e diversas de cuidado que eles deveriam ter acesso se, não fosse pela lógica individualizante do adoecimento e do interesse fundante da necropolítica de permitir morrer/adoecer determinados corpos.

Retomando a necropolítica em associação ao neoliberalismo, não podemos deixar de problematizar os corpos que têm sido “deixados para morrer” em meio a esse cenário de extermínio desvelado pós governo Bolsonaro e pandemia ⁴. Com massivo desinvestimento nas áreas de saúde pública e assistência social, fomentando a privatização e a precarização desses setores, impactando diretamente na qualidade do cuidado e assistência prestada ao usuário.

Em virtude da precarização do SUS, desencadeia-se um aumento no número de privatizações e de fomento neoliberal aos planos de saúde de prestadores privados ²⁰. Resultando em uma fragilização do caráter universal do SUS ²⁰, pois ele passa a focalizar seus cuidados em abordagens individuais que gera uma carga de funcionamento centralizada em responder às demandas de setores mais vulnerabilizados, que são as primeiras áreas a sofrerem ataques ^{2, 3, 4}. E esses ataques, muitas vezes legitimados por um Estado que se escolta por detrás de um lema da dita “proteção social” que os auxilia a exercer seu poder de morte ³.

Como já abordado, os sujeitos atravessados por marcadores sociais são o elo mais vulnerável no cenário necropolítico, e os nossos jovens, negros e periféricos são os que estão em maior risco, pois suas vidas são consideradas descartáveis ²¹. O negro no contexto neoliberal é colocado em um lugar subalterno, desumanizado e criminalizável, um grande “outro” eleito para assumir e carregar os problemas sociais que a sociedade não quer ver ^{3, 4, 18, 21}. E as estruturas exercem um controle realizado a partir do racismo estrutural e de políticas

higienistas, que cerceia essa população da construção de uma identidade subjetiva, agregando a eles papéis estigmatizados e arraigados de preconceito ^{7,18,21}.

Repercutindo de modo similar na saúde, visto que quando esses indivíduos adoecem psiquicamente apresentam maior evasão escolar, maior prevalência de transtornos associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas e principalmente maior frequência de mortes por suicídios ^{21,22}.

Christian Dunker enfatiza a questão do “sofrimento psíquico” como uma resposta às tensões sociais e econômicas, que moldam o adoecimento sob o olhar neoliberal, sem valorizar o coletivo para compreender e enfrentar esse adoecimento ¹⁹. Também é proposto por Dunker no capítulo “A hipótese depressiva”, que olhemos a depressão como uma forma de sofrimento normalopática, que se refere a um excesso de adaptabilidade ao adoecimento, como uma adaptação sintomática ao mundo ¹⁹. Sugerindo dessa forma que a depressão possa ser uma patologia social ¹⁹.

Precisar ensaiar funcionalidade em ambientes coletivos pode ser adoecedor, mas, e quando esse ensaio também se estende para a vida afetiva? Como performar, ser uma boa mãe, uma boa companheira, uma boa filha entre outros papéis ocupacionais que não comportam o adoecimento psíquico?

Atente-se que nos questionamentos levantados, usei em meus exemplos o gênero feminino em sua maioria. Uma vez que ao longo deste ano estando na APS o público que pude ter mais contato e que solicitaram por cuidados em saúde mental, foram em sua maioria mulheres na faixa dos 22 aos 68 anos. Essa diferença de gênero na procura por cuidados pode ser analisada partindo do princípio que mulheres têm maior facilidade de identificar sintomas, reconhecer que estão adoecidas e de buscar ajuda ²².

Conforme as acompanhava e ouvia atentamente suas histórias, reconhecia que frequentemente as queixas passavam por um ponto comum, que era a perda de sentido na função que ocupavam ou que ainda ocupam, e esses relatos eram antecidos de sintomas deprimidos. Em consequência dessa não identificação com o papel que elas exerceram por anos, ou por uma vida inteira, tirava delas também o lugar de sujeito. Promovendo uma forma de adoecimento muito subjetiva, permeada pelas pressões sociais que atingem a mulher, dentre elas a diferença entre os gêneros e insatisfação associada aos papéis tradicionalmente

femininos ^{7, 22}. Valendo-se de que elas em sua maioria chegavam por se perceberem deprimidas, a esfera de gênero e papéis sociais se desdobraram ao longo do acompanhamento.

Uma vez que estamos nos adaptando e normalizando o sofrimento, transformando o adoecimento em algo banal e pitoresco, entregamos ao sistema um indivíduo ideal para a lógica produtivista. Ainda que estejam adoecidos, não param de trabalhar, nutrindo uma culpabilizam pela baixa produtividade e buscando por respostas individuais que o tratem a ponto dele voltar a produzir e trabalhar. Trabalho esse que muitas vezes não se faz necessário uma figura de poder para gerar o potencial adoecedor, os colegas de trabalho em meio a empresários de si, reproduzem a lógica adoecedora de cobranças e vigilância entre eles próprios ^{2,19}.

Complementa-se ao conceito de banalidade do mal, introduzido por Hannah Arendt, em que ela explorou como ações malévolas podem ser realizadas de maneira banal e comum no contexto de sistemas burocráticos ²⁴. Nesse contexto, podemos usá-lo para descrever a banalização com a qual o adoecimento tem sido tratado na modernidade. E como as práticas prejudiciais que realizamos cotidianamente podem se tornar parte integrante da rede de adoecimento em nossas relações ²³.

Na saúde a banalidade do mal pode se manifestar em práticas necropolíticas, como a discriminação, a negligência ou abuso de poder por profissionais de saúde e políticas institucionais que colocam o lucro acima do bem-estar dos pacientes ^{20,21}.

Se faz importante analisar também, a banalidade com o qual os transtornos mentais têm sido tratados pelas pessoas em suas redes sociais na contemporaneidade, compartilhando na internet imagens, relatos e memes relativizando o sofrimento e enviesando para um lado humorístico, com classificações superficiais e pouco embasadas cientificamente. O que me leva a refletir sobre essa publicização banal dos transtornos, como se fossem características que todos temos, ignorando a dificuldade e o sofrimento de quem os possui ²³. Quanto aos *reels* ou *quizz* de transtorno x ou y não fizeram o ouvinte se identificar e buscar por ajuda ou se aproximar de grupos online que abordassem a temática?

Porém, também é solitário, pois as ofertas para esse mal coletivo são respostas individuais e individualizantes como “faça terapia”, “faça exercícios”, “melhore

alimentação” e “se cuide”, quase que numa prescrição de felicidade individual. Focando tanto o olhar para uma responsabilização individual, que ficamos impossibilitados de ver o adoecimento macro, e sem problematizar as questões coletivamente.

Tornando assim aceitável adoecer numa empresa que explora as condições de trabalho, normalizando relações que ocorram violências e negligenciando as questões de vulnerabilidade social. Transferindo a responsabilidade por sair da empresa, da relação, ou de se esforçar para ascender socialmente toda sobre o indivíduo. Ainda, num contexto pós pandemia é comum vermos pessoas dizendo, “Mas quem está bem depois dessa pandemia?” banalizando o fenômeno do adoecimento mental em detrimento dos resquícios pós pandêmico²³.

Por fim, destaco aqui a reflexão sobre a importância de abordagens coletivas para entender e enfrentar o sofrimento psíquico na sociedade. De modo que a medicalização dos sintomas não irão sanar os problemas estruturais coletivos, tornando-se imprescindível que o cuidado ofertado pelo SUS esteja alinhado às práticas anti racistas e decoloniais, antimanicomial, às pautas de desigualdade social e de gênero, contra a LGBTFobia e em oposição às políticas neoliberais. Fomentando e apoiando espaços de participação popular, pois, além da coletivização de sujeitos que convivem com adoecimentos advindos de causas semelhantes, também oferta o protagonismo desses sujeitos dando a eles os espaços de participação social como ferramenta de enfrentamento e resistência às políticas adoecedoras da necropolítica neoliberal.

CONCLUSÃO

Em um contexto de intensificação da política neoliberal, a saúde mental enfrenta negligências e ataques diversos, com crescente investimento em comunidades terapêuticas e retorno de internações financiadas, suprimindo as ofertas de cuidado que até então humanizavam e davam lugar aos corpos loucos. Criando sistemas lucrativos que geram competições injustas de mercado, empurrando o Sistema Único de Saúde (SUS) para o abismo da precarização e colocando-o como uma despesa a ser racionalizada. Em meio a isso, a necropolítica brasileira se destaca, pois ela é sustentada pela classe dominante, que utiliza seu poder para manter privilégios e perpetuar desigualdades. Logo, o Sus se torna um bem a ser racionalizado pois não está servindo a classe dominante e sim a classe média-baixa, baixa, a população vulnerável e sus dependente.

Nesse cenário (in)surgem potentes movimentos sociais, territorializados, de base comunitária, com propostas de acolhimento e promoção de espaços seguros, como uma estratégia de enfrentamento à lógica da necropolítica neoliberal, propondo a mobilização de coletivos em prol de causas comuns. A partir desses movimentos possíveis estratégias foram abordadas ao longo do texto com a pretensão de promover, apoiar e sustentar a participação social, fomentando os movimentos de base territorial e destacando a relevância deles como antídoto à política de produção de adoecimento e morte vigente. Suscitando espaços de proteção às populações vulnerabilizadas e expandindo principalmente as experiências de aquilombamento para mais serviços de saúde e de saúde mental.

Afinal, as estratégias que devolvem a democracia e a cidadania para a população vulnerabilizada, envolve mudar minimamente o peso na balança da desigualdade social e devem ser fomentadas a fim de devolver a voz e a subjetividade para cada indivíduo que já foi silenciado nesse sistema adoecedor. Dando um lugar de poder nas relações e promovendo a inclusão da população nos espaços de escolhas e deliberações, diminuindo as barreiras que limitam a participação desses sujeitos e aumentando os espaços em que eles possam socializar de seus desejos e necessidades. Pois apenas ouvindo a população e garantindo que participem de maneira efetiva, que conseguiremos construir debates e políticas que tenham sentido e impacto real no cotidiano desses sujeitos, indo de encontro ao posicionamento defendido por eles em espaços políticos “Nada sobre nós, sem nós”.

Entendendo toda a produção programada de adoecimento e os atravessamentos macrossociais acarretados por um sistema político-econômico se faz importante apoiar um SUS que atue em conjunto com esses atores na defesa inegociável da vida e da população que sofre com as iniquidades sociais e de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 - DIMENSTEIN, Magda et al . Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 69, n. 2, p. 72-87, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 nov. 2023.
- 2 - AGOSTINI, R.; CASTRO, A. M. de. O que pode o Sistema Único de Saúde em tempos de necropolítica neoliberal?. *Saúde em Debate*, [S. l.], v. 43, n. 43 especial 8 dez, p. 175–188, 2022. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2796>. Acesso em: 31 out. 2023.
- 3 - SOUSA, C. R. de M. A pandemia da COVID-19 e a necropolítica à brasileira. *Revista de Direito*, [S. l.], v. 13, n. 01, p. 01–27, 2021. DOI: 10.32361/2021130111391. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/revistadir/article/view/11391>. Acesso em: 22 nov. 2023.
- 4 - ALMEIDA, S. L. DE .. Necropolítica e neoliberalismo. *Caderno CRH*, v. 34, p. e021023, 2021.
- 5 - CUBAS, J.M, BONAMIGO, V.G, ALVARENGA, R., CARVALHO, D.R. A infância e a adolescência na política de saúde mental: uma análise por meio dos conselheiros e conferências de saúde. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2023/Out). [Citado em 13/11/2023]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-infancia-e-a-adolescencia-na-politica-de-saude-mental-uma-analise-por-meio-dos-conselheiros-e-conferencias-de-saude/18916?id=18916>
- 6 - COLLINS, PATRICIA HILL; BILGE, SIRMA. *Intersectionality* Cambridge, 2016. 1ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2021. 288p

7 - OLIVEIRA, JULIANA R.; SANTOS, EDUARDO G. A intersetorialidade e a interseccionalidade nas políticas públicas de saúde da mulher negra. Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, Jun-2018. Disponível no link: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3519>

8 - OLMOS HERNANDES, J. V. M; POSSANI, M.A. Campinas em rede: mapeamento de espaços de arte e cultura na cidade. XXVIII Congresso Virtual de Iniciação Científica da Unicamp, 2020. Acessado em 20/11/2023, Disponível no link: <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2020P17190A34997O5597.pdf>

9 - ROCHA ZAIDHAFT, Eduardo; ORTEGA, Francisco. Sobre a importância da cultura e da experiência no cuidado em saúde mental. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 79-94, abr. 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652021000100005&lng=pt&nrm=iso. acessos em 25 nov. 2023. <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438v0033n01A04>.

10 - SUMMERFIELD, D. (2012). Against global mental health. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 519-530.

11 - ALVAREZ, KARLA LOPEZ BLANCO. O projeto de espaços públicos na periferia de São Paulo: uma questão sócio-ambiental / Karla Lopez Blanco Alvarez. - - São Paulo, 2008. 219 p. : il. Dissertação (Mestrado – Área de Concentração: Paisagem e Ambiente) – FAUUSP.

12 - ÍNDIO, Cristina. IBGE: Diferença de acesso à cultura está relacionada à cor e região, Norte e Nordeste têm menos equipamentos culturais. Agência Brasil, Rio de Janeiro, 05/12/2019. Seção Geral.

13 - *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 2595 -2420, Florianópolis, v.15, n.42, p.195-200, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/93643/52861>. Acesso em: 22 nov. 2023.

14 - COELHO, J. S.. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade*, v. 21, p. 138–151, maio 2012.

15 - SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P.. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, p. e00313145, jan. 2021.

16 - MIWA M, VENTURA C. O (des)engajamento social na modernidade líquida: sobre participação social em saúde. *Saúde debate*. 2020. Vol. 44(126):1246-1254. DOI: 10.1590/0103-1104202012722

17 - DAVID, E. C. Aquilombamento da saúde mental: cuidado antirracista na atenção psicossocial infantojuvenil. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2023. 208p.

18 - NOGUEIRA, I.B; SLAVUTZKY, A; TABACOF, H. A cor do inconsciente: Significações do corpo negro. 1ª. ed. São Paulo: Editora Perspectiva S/A, 2021. 218p.

19 - SAFATLE, V.; JÚNIOR, N. da S.; DUNKER, C. (org.). Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. São Paulo: Autêntica, 2020. 286p. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2022.e86458>

20 - LAMENHA, RAFAELA VIEIRA. A saúde pública brasileira na atualidade: da reforma sanitária à privatização neoliberal do SUS. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas UFMA, 2015. Acessado em 23/11/2023, Disponível no link: <<https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo1/a-saude-publica-brasileira-na-atualidade-da-reforma-sanitaria-a-privatizacao-neoliberal-do-sus.pdf>>

21 - SAMPAIO, S. S.; MENEGHETTI, G.. Entre a vida e a morte: Estado, racismo e a “pandemia do mínio” no Brasil. *Revista Katálysis*, v. 23, n. 3, p. 635–647, set. 2020.

22 - ANDRADE, L. H. S. G. DE .; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M.. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 33, n. 2, p. 43–54, 2006.

23 - PINHEIROS, E. P. V; FERNANDES, M. L. P, et al. A influência das redes sociais na banalização de psicopatologias. UNICEF BRASIL, set. 2022. Disponível em : <<https://www.unicef.org/brazil/blog/influencia-das-redes-sociais-na-banalizacao-de-psicopatologias>> . Acesso em 05/12/2023.

24 - ARENDT, H. Eichmann em Jerusalém: Um relato sobre a banalidade do mal. Companhia das Letras. 1999.