

## **Saúde Mental com Enrique Bessoni**

Bárbara Cristielle\*

Milena Sasha Santos Batista\*\*

\*Graduanda em Ciências Sociais (Bacharel em Antropologia) pela Universidade de Brasília.

\*\*Graduanda em Ciências Sociais (Bacharel em Antropologia), pela Universidade de Brasília.

### **Nota Explicativa**

Enrique Araujo Bessoni é psicólogo e psicanalista com experiência em saúde mental, sofrimento psíquico e intervenção em crise. Formado pela Universidade de Brasília, hoje faz doutorado Interdisciplinar em Ciências da Saúde, na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/Baixada Santista), e atende em seu consultório particular. Foi aluno da Professora

Soraya Fleischer na disciplina “Antropologia da Saúde”, no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social em 2018. Depois, gentilmente ajudou a professora a montar a disciplina na graduação, “Antropologia da Saúde Mental”. Dada a sua experiência com o tema da saúde mental, do sofrimento psíquico e do suicídio, foi considerada como oportuna uma entrevista com ele nesse momento. Bárbara Cristielle Santos Silva e Milena Sasha Santos Batista, graduandas do Bacharelado em Ciências Sociais com Habilitação em Antropologia da Universidade de Brasília, realizaram a entrevista com Enrique no dia 4 de junho de 2019. A Professora Soraya esteve presente, colaborou pontualmente e a entrevista aconteceu na sua casa na Asa Norte.

### **Entrevista**

**Bárbara:** Boa tarde, Enrique. Muito grata em concordar em conversar conosco. Vamos começar perguntando como foi a



sua escolha por atuar na área de saúde mental e psicanálise?

**Enrique:** Primeiro, algumas coincidências. Eu entrei já com uma imagem que a Psicologia era só clínica e isso é muito comum no curso de graduação, sabendo da importância do Freud (1856-1939). Então, acho que a gente tem na formação um pré-conceito e acabei obviamente procurando esclarecer um pouco mais sobre isso. Nós temos uma disciplina no primeiro semestre que é “História e Sistemas da Psicologia”, muito esclarecedora porém muito filosófica. Nessa disciplina, entendi que os primeiros da área foram médicos que discutiam a formação para médicos, então tinha uma coisa também de base epistemológica, e a Psicanálise também foi desde a sua concepção. O Freud é muito didático e fez muito sentido para mim desde o início, mais do que os outros autores. Acho que eu tive uma relação imediata por conta disso, me pareceu mais fácil. A Psicanálise tem uma trajetória, assim como toda

a Psicologia, de ser uma proposta de atenção à saúde e trabalhar com questões do processo de saúde e doença. Mas ela não é uma disciplina (justamente pelo momento em que nasceu e pela forma como a Psicologia nasceu) que pensa a promoção da saúde. Ela faz uma investigação nosológica e, digamos assim, psicopatológica, então também começa um trabalho que é entender um pouco dessa dinâmica do sofrimento. Freud trabalhou com muitos casos clínicos e depois ele diferencia a Psicanálise da Psicologia. Então, ele começou com uma formação para a própria Psicologia mas depois ele assume que está propondo outra coisa. A Psicologia segue com seu desenvolvimento com o apoio de outras figuras e Freud assume que está propondo uma nova ciência. Naquela época, o que me chamou mais atenção ainda foi a ousadia de um cara em construir isso, é como se ele estivesse dizendo, “Estou aqui partindo do empírico e posso ter limites mas vou fazer”. E 150 anos depois, nós estamos aqui falando dos escritos dele, é bem bacana.



Então acho que esse aspecto de investigação da Psicanálise sempre me chamou atenção e o mais interessante, pelo o que ele propunha da própria Psicanálise, é a investigação não ser uma investigação apenas na clínica. Ela também deve ser uma investigação por meio dos estudos e uma investigação pessoal, que é o tripé que ele diz ser necessário para formação em Psicanálise. Então, o profissional deve ter a própria experiência de análise, a formação acadêmica ou minimamente uma educação permanente (que não é um termo técnico, mas é o que se aproxima, e essa experiência clínica). Eu que já tinha chegado com a idéia da clínica encontrei um combo pedagógico formativo muito legal e achei isso tudo bem interessante desde o meu primeiro semestre.

Algumas outras coisas durante a faculdade se mantiveram, outras nem tanto. A gente imagina assim, “Vou sair e fazer a formação em Psicanálise e daí vou pra sociedade internacional fundada pelo próprio Freud”. Mas aí você vai de-

scobrir que as coisas são elitistas, são caras e vai fazendo a própria crítica. Você vê que não é assim, não é desse jeito e vai se transformando. E começa a minha relação com a saúde mental entendendo, também, que dentro da própria Psicologia o campo da saúde mental é muito amplo e diverso, é um termo muito polissêmico. Tem “saúde mental” conforme a Organização Mundial de Saúde preconiza, que é bem-estar e ausência de doença. Mas tem “saúde mental” com uma idéia de prevenção e também higienista e preventivista. Tem “saúde mental” com uma idéia da promoção. Mas, para mim, tem muito a ver com o movimento da luta antimanicomial, reconhecendo que “saúde mental” é bem-estar também, mas por se tratar do processo da Reforma Psiquiátrica, é também uma noção de desinstitucionalização dos saberes e das práticas hegemônicas, buscando construir contra a hegemonia novas formas de acolhimento e tratamento. Eu tive contato com umas experiências de serviços de saúde no CAPS [Centro de Apoio



Psicossocial], na atenção comunitária, da reabilitação psicossocial de inspiração italiana. A minha escolha nesse momento seguiu um grupo de colegas que começou a formar um coletivo de estudantes na UnB para discutir os textos de Reforma Psiquiátrica. Na época em que eu me formei, nós não tínhamos uma disciplina específica nem optativa sobre esse tema, ninguém discutia saúde mental, a não ser um ou outro professor no seu estágio. Então, o Professor Ileno Izídio da Costa [Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília] levava alguns alunos para o Instituto de Saúde Mental [Riacho Fundo, DF], fazia um breve apanhado sobre a Reforma Psiquiátrica. Embora não fosse o foco dele, ele se aproximava da Professora Maria Izabel Tafuri e do Professor Francisco Martins [Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília] porque trabalhavam com uma lógica de prevenção e promoção da saúde nas crises em que eles atendiam. A Izabel tinha muitos pacientes autistas e o Ileno estava atendendo as primeiras crises psicóticas mas ain-

da não era ancorado no referencial da saúde mental reformista. Então, esse coletivo trouxe para Brasília, por exemplo, o Antônio Lancetti (1949-2016). Ele era um psicanalista, infelizmente já falecido, um argentino que veio para o Brasil e adotou o país e se inseriu no processo da Reforma desde a intervenção em Santos/SP [1] e escreveu dois livros fantásticos[2]. Um livro era sobre a Clínica Peripatética (que é o termo grego que fala da clínica em movimento), a partir da experiência que ele propôs de atender as pessoas em situação de rua, ir fazer chegar até elas uma prévia do que temos hoje como o Consultório na rua.

E discutir a fissura da abstinência dos drogadictos que enfrentam a abstinência durante a internação porque não tiveram acesso a tratamento; ou essa contrafissura da sociedade o tempo inteiro de querer barrar e limpar a todo custo. Essa “guerra contra as drogas”, que vemos hoje. Ele foi um psicanalista argentino analisado, fez a formação de modo muito militante e trouxe isso para o Brasil. Era extremamente apaixonante.



Então essa foi a minha primeira entrada nas duas áreas. Eu sempre brinquei assim, se um dia eu conseguir fazer metade do que o Lancetti fez em termos da Psicanálise e na área da saúde mental, eu estarei satisfeito. Pois ele foi um cara cativante e muito motivador. Foi por aí que eu comecei, indo atrás dos outros pra depois entender que era um desejo meu também desde o início da graduação.

**Milena:** O tema do suicídio apareceu em sua trajetória profissional? Você já atuou na intervenção de suicídio com pessoas em crise?

**Enrique:** No primeiro semestre em 2001, quando eu entrei na UnB, eu peguei uma das maiores greves, foram quase seis meses. Então, eu praticamente só fiz a matrícula e não cursei nada e só fui ter aula no ajuste do verão seguinte. No início daquele ano de 2002, o Professor Marcelo Araújo da Silva

Tavares [Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília] estava selecionando estudantes para participarem de um grande projeto de pesquisa e não tinha pré-requisitos. Isso era muito raro dentro da universidade porque os professores geralmente exigem algumas disciplinas, ainda mais na Psicologia. Como a disciplina de “Ética” para poder acompanhar as pessoas nas intervenções e nos questionários. E na chamada dele, não tinha nem a “Ética”. Aí, eu falei, “Bom, eu quero um dinheirinho, uma bolsa”. E eu fui ver qual era a dele, qual pesquisa era aquela. Ele estava fazendo a tradução e a padronização de quatro instrumentos internacionais de avaliação de risco do suicídio. Eu lembro que dois instrumentos eram curtos, um era mediano e um outro era mais trabalhoso, pois havia mais de 600 itens de questionário. Não havia nada parecido no Brasil, nada assim havia sido aplicado aqui. E a ideia dele era traduzir e validar esses instrumentos no país e fazer a combinação dos quatro instrumentos para mostrar como a correlação dos fatores entre



aqueles instrumentos poderia ajudar na prevenção de eventos, da ideia suicida ou de tentativas de suicídio. Foi um trabalho bem bacana porque ele também fez uma escolha estratégica.

Na época ele já tinha uma preocupação com a comunidade acadêmica e havia um índice internacional que projetava, em média, que um quarto da população acadêmica sofria intensamente. Isso é muita gente considerando que geralmente o ambiente de um campus gira em torno de 30.000 pessoas e a gente sabe que na Universidade de Brasília tem mais gente do que isso. Ele queria ver se a UnB correspondia a essa realidade. E o trabalho foi basicamente fazer a tradução, por isso não havia tanta necessidade de pré-requisito. Mas, ao longo do trabalho, outros requisitos apareceram, como a disponibilidade e a habilidade de ler inglês, de tabular os dados, de manusear as ferramentas no computador. Então, eu topei ir e comecei esse trabalho que depois evoluiu para ser um programa institucional dentro da Universidade. Ele previa

que, uma vez a comunidade constatasse existir uma situação de risco para os seus membros, ela criaria alternativas. Havia, assim, toda uma proposta de pesquisa, extensão e formação, geralmente como são as pesquisas nas universidades federais. A gente fez a aplicação desses testes ao longo de dois anos, a cada semestre com a turma de novos ingressantes. As estatísticas se comprovaram e, desde 2002 quando começamos, há uma perspectiva de que pelo menos um quarto dos estudantes teriam risco moderado ou grave de suicídio. Na época, entravam 2000 pessoas pelo vestibular, então, eram 500 estudantes com esse tipo de risco [3]. Logo, foi assim que o tema apareceu na minha vida profissional, foi a partir da primeira oportunidade de trabalho de pesquisa que eu tive na UnB.

**Milena:** E você já atuou na prevenção de suicídios?

**Enrique:** Já atuei na prevenção de suicídio. Nesse projeto



mesmo eu tive oportunidade e, mais adiante, eu fui pegando disciplinas da clínica, fiz a disciplina de ética e pude trabalhar no último semestre com as devolutivas desses testes aos estudantes. Acompanhei algumas entrevistas de devolutiva e acompanhei também, com o Professor Marcelo Tavares, a intervenção com aqueles que continuaram em acompanhamento terapêutico. O grupo indicava, “Olha, seu resultado está aqui, embora preocupante, a gente tem uma oferta terapêutica”. Havia uma responsabilidade na devolução desses resultados e eu pude fazer o que a gente chama de “atendimento em dupla terapêutica”, no sentido de uma observação pontuando uma coisa ou outra. Ou, ao começar a entrevista com um profissional formado, nós pudemos fazer a intervenção em si.

Nos dois primeiros anos de formado (2006-2007), eu atuei só com pessoas em crise. Trabalhei em uma clínica que ela tinha um convênio com o Tribunal de Justiça do DF, havia 70 pessoas de licença médica, afastadas do trabalho por

condições de sofrimentos psíquicos, alguns sofrimentos vinculados ao trabalho e outros já se estendiam no INSS, caminhando quase para a aposentadoria compulsória por tamanha frequência das crises. Eu acompanhei a psicóloga responsável pela avaliação dessas pessoas e ela dizia assim, “Com certeza nesse lugar tem bem mais pessoas em sofrimento, pois eles estão dizendo só do quadro das pessoas que chegaram até o serviço médico deles”. É possível ter mais pessoas em sofrimento, porque esse número se referia apenas àquelas pessoas que chegavam e/ou que passavam a ser acompanhadas pelo serviço institucional. No consultório particular, eu tenho pessoas que passaram por crises mas não chego hoje a atender pessoas que estão em plena crise, hoje não atendo esse perfil. Tem pessoas que passaram, saíram e eventualmente chega alguém. Mas há dificuldades de essas pessoas permanecerem comigo, às vezes por conta dos horários disponíveis, e já encaminho a outro colega, sabendo que ela vai demandar um acompan-



hamento mais sistemático. Eu tenho o perfil profissional para atender pessoas e casais em crises mas é outro tipo de crise.

**Bárbara:** Como é feito esse trabalho e como é possível identificar e ajudar uma pessoa que esteja enfrentando esse tipo de sofrimento mental ou esteja em crise suicida?

**Enrique:** Eu penso em duas iniciativas. Profissionalmente, nós temos que buscar uma avaliação diagnóstica, que pode ser tanto com aplicações de testes ou com entrevistas estruturadas. Se há um vizinho ou uma pessoa na família, essa é uma primeira informação possível de ser compartilhada, “Olha, vamos procurar um profissional que possa fazer uma avaliação, que possa acalmar você e a sua família”. A gente dá alguma instrução de como proceder nessas situações. O bom é que existem diferentes tipos de avaliações diagnósticas, porque também não é com qualquer profissional com quem uma pes-

soa em crise se relaciona, podendo se sentir muito bem com vários questionários e instrumentos, que ajudam a organizar, a oferecer um procedimento estruturado. Tem gente com essa expectativa bem clínica médica, com instrumentos que dão essa ideia de que o profissional está coletando informações e vai dar uma receitinha de quem é aquela pessoa. Há pessoas que não lidam tão bem com essas perguntas estruturadas, com esse tipo de instrumento. Essas pessoas percebem que a atenção faz diferença, que a postura do profissional faz diferença, se sentem mais acolhidas em um ambiente menos formal, com uma conversa mais aberta, e se não quiser falar sobre isso agora, a gente pode pensar como encaminhar. Se está falando de uma situação de crise, se eu estou percebendo que ela está em crise, mas não quer falar comigo, eu vou ver o que ela aceita que eu faça, eu vou ver se chamo alguém ou não, se ela tem condições de ficar em casa. Aí, a avaliação vai se dando com outras perguntas que a gente tem difundidas nas



práticas, como avaliações da história de vida, como o momento atual que pode estar relacionado com uma situação de desemprego, o cenário político, etc. De todos os pacientes que eu recebi em crise, nos últimos três ou quatro anos mais ou menos, chegaram com ideias, alguns tinham planos e tudo mais, até saíram da crise mas eles voltam ao momento de crise, porque estão em um cenário de extrema desesperança, em um cenário de extremo caos ou já estão em um de extrema coerção. Pelo menos, ninguém voltou a manifestar o desejo de se matar, mas voltam a um cenário de crise, desesperança, desorganização, desmotivação, voltam a se deprimir porque tem essa relação direta como ambiente de trabalho. As avaliações são histórias de vida, do momento atual, da rede. Há perguntas que nós fazemos nesse sentido, “Que contato de confiança você permitiria que eu tivesse em mãos para em uma situação de crise? Que pessoa eu posso acionar?”. Geralmente é a mãe, uma vizinha, o pai ou o melhor amigo. São perguntas bem diretas que fa-

mos, são avaliações de risco. Uma dessas escalas, no modelo de uma entrevista estruturada, que melhor fazia a avaliação de risco trabalhava com uma gradação de quatro intensidades, se já pensou em desistir seria o nível mais brando ou mais difuso; se você já pensou, planejou e tentou o suicídio seria o mais intenso; e os outros dois níveis seriam uma média desses dois extremos. A gente trabalha sempre em diálogo porque é muito difícil falar sobre o assunto que é coberto de tabus. Muitas vezes, a pessoa tem vergonha de fazer qualquer revelação.

**Bárbara:** A pessoa tem que estar sozinha no atendimento?

**Enrique:** Depende muito da situação. A pessoa que tem condição de chegar até um profissional, dirigindo ou pegando um transporte, até prefere ir sozinha pra poder abrir sobre esse assunto que é muito revelador do sofrimento, que pode ser cheio de uma sensação de vergonha e que é um evento que dura por um tempo e ela não consegue abrir para os familiares



ou até mesmo amigos mais próximos. Mesmo assim, no caso dessas pessoas que chegam sozinhas, a gente também trabalha dentro da avaliação de risco e com uma avaliação de redes. Geralmente, tem a indicação de fazer uma entrevista com essa rede mais próxima, seja com quem ela mora, se mora em uma república de estudantes, etc. No projeto do Professor Marcelo Tavares, havia muitas pessoas nessa situação, o que fez a gente considerar a própria casa de estudantes da Universidade de Brasília. Às vezes, chega encaminhado com a mãe, com o pai ou um adulto responsável que entra em contato comigo. Se é o caso de um adulto, com seus 25 anos, mas que não quer, não liga e tudo mais, eu faço a proposta de virem as duas pessoas, proponho que ela traga quem seria tranquilo vir na primeira vez para mostrar todo um elo. Vou priorizar trabalhar com quem está em crise obviamente, mas ela precisa entender também que não é um conluio, não é que eu vá fazer uma aliança com esses acompanhantes para fazer coisas que ela não quer fazer

nesse momento. É um trabalho de estabelecer jogos e regras limpas, clara se esclarecedoras mas sempre em diálogo, senão chegarem um nível de negociação e de confiança, raramente a pessoa fica porque ela tem justamente a dificuldade de acreditar que alguma coisa vai fazer efeito, de que alguma coisa vai fazer sentido e que vai ajudá-la a sair dessa condição pois ela já tem uma sensação de exaustão, já tentou isso por muito tempo. E mesmo que ela tenha tentado ou algumas pensaram mais do que tentaram se matar, é tudo real e ela está exaurida, ela está cansada e desmotivada para continuar fazendo as coisas. É preciso estabelecer o diálogo para conseguir, pelo vínculo, que qualquer proposta consiga ser executada. Se não, realmente não tem jeito, eu posso falar qualquer coisa e ela não vai fazer.

E algumas dessas informações acho que podem ser difundidas, vocês podem perguntar, “Olha, eu estou vendo que você está mais retraído, estou vendo que você não compartilha tanto no final do semestre, fica mais cansado, você quer con-



versar?”. Mesmo você não sendo um profissional da área, você tem a informação de onde buscar, na UnB tem por exemplo o CAEP [Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos], uma professora ou coordenadora do curso que seja sensível com essa situação, alguém que busca acompanhar os alunos. Poder dar encaminhamentos já ajuda, a avaliação de risco já ajuda nesse sentido. Se a pessoa chega acompanhada, a gente já sabe que tem alguém atenta a ela e, no cotidiano da pessoa, já é alguém presente, que não necessariamente exige uma formação. Além do retraimento, tem também o oposto. A pessoa está muito eufórica, fica em um batidão assim, ela topa fazer todos os estágios, trabalha 14 horas por dia, quer participar de todas as pesquisas e a gente pergunta por quê ela não quer parar, porquê não quer ter um tempo só pra ela, por quê tem que estar de domingo a domingo trabalhando. Nesse momento, temos que chamar a atenção, chamar para sair, vamos sentar e conversar tomando uma cerveja, vamos ter um momento de lazer.

Essa é uma abordagem simples e não invasiva, é só um nível de atenção que agente, até por conta do trabalho e da rotina acadêmica, acaba não tendo. E sendo difundidas, essa perspectiva de apoio, essas estratégias de saber quem que está bem ou não, podem ajudar. Na Fiocruz, por exemplo, onde eu trabalhei nos últimos anos, passaram pessoas no processo seletivo da Residência de Saúde Mental e chegaram pessoas de outros estados, sozinhas. O grupo docente responsável pelo projeto imediatamente já falou, “Vamos ficar atentos, as pessoas estão se adaptando, vão montar uma casa, vão para um território que não conhecem”. A gente pode se dedicar sem necessariamente fazer perguntas invasivas ou perguntas tabus, porque também não é nada adequado quando você está se mudando para outra cidade você chegar perguntando “Você já quer se matar?”. Não! É só ter uma disponibilidade de acompanhamento, desenvolver minimamente um trabalho em rede. A gente conversou bastante sobre isso quando a Professora



Soraya Fleischer [Departamento de Antropologia, UnB] resolveu montar a disciplina “Antropologia e Saúde Mental”. Eu sugeri que fizessem uma roda de conversa, um momento a cada 15 dias ou uma parte de cada aula para fazer uma atividade, abrir a possibilidade de conversar sobre o que aconteceu, poder compartilhar, abertura para depois da aula, falar com um tutor.

Temos também que ter uma estratégia não só de promoção e sim de intervenção ou o que eles chamam de pós-venção, que é o trabalho com os sobreviventes, as pessoas que se relacionavam diretamente com alguém que cometeu suicídio. Há também os grupos de apoio aos sobreviventes. O CVV [Centro de Valorização a Vida] tem dois grupos em funcionamento aqui em Brasília para sobreviventes, embora sejam os únicos na cidade [4].

**Milena:** E como é para a sua saúde mental e a de seus colegas da Psicologia para atuar nesse âmbito?

**Enrique:** Eu conto muito com os meus amigos; assim, pessoalmente falando, eu acho que tenho a sensação de relações de confiança, de que também eu tenho rede. Eu brinco muito com o meu companheiro de que ele é responsável por me mostrar que há luz e de me tirar de dentro da caverna. Eu vou ao consultório, me envolvo em projetos que demandam tanto diante das determinações e vulnerabilidade da saúde que eu volto pra casa também desesperançoso, nós estamos só apertando parafusos para ver se o sistema continua funcionando. Mas é isso, o mundo está caótico, não tem jeito e tal. Então, conviver com ele por todos esses anos tem sido muito importante. Conviver com outros profissionais da área, que são a maioria dos meus amigos, conviver com outras pessoas e me envolvendo em outros projetos, ter meus hobbies. E a gente costuma trabalhar com a própria análise. É raro alguém que trabalha com intervenção em crise não ter, minimamente que seja, um espaço de supervisão com análise pessoal, a formação



o tempo inteiro lendo e discutindo casos. O trabalho em rede, o trabalho multiprofissional, já que cada caso tem uma dinâmica própria, e tem uma sequência de eventos da crise. Então, a gente acaba mantendo a formação constante, a maneira que a gente puder ajudar. E o Marcelo Tavares e meus professores falavam desde o início que é importante saber o nosso limite, eu posso me esforçar ao máximo, mas eu não sou Deus e nem tenho superpoderes diante da tomada de decisão de alguém e de fato o que é mais difícil assim. Saber que o nosso trabalho tem de fato um limite e reconhecer que muitas pessoas ficam tomadas. O paciente que tentou suicídio ou até que se perdeu, abala emocionalmente muito os colegas. Eu até hoje não tive alguém que eu acompanhasse que chegou a morrer mas é visível como colegas tomam para si, afirmando, “Ah eu poderia ter tentado mais, eu poderia ter feito aquilo”. O nosso trabalho tem esse limite de a gente não conseguir necessariamente evitar, eu posso conseguir dar um apoio, estruturar

por um tempo, mas o dia de amanhã é imprevisível pra todo mundo. Esse é um dado de realidade que dá um sentido agri-doce para o nosso trabalho, há um controle que não está nas nossas mãos. Se eu trabalhasse com uma perspectiva de controle, era melhor eu trabalhar na Polícia e não na Psicologia.

**Bárbara:** E como é para o profissional manter uma certa distância com os casos, não ficar tão abalado emocionalmente?

**Enrique:** É extremamente difícil mas eu nunca perdi alguém profissionalmente. Eu já perdi amigos. Profissionalmente, eu já tive dificuldades do tipo: sábado de carnaval combinamos um almoço na casa de um amigo, estou em casa tiro uma cerveja do congelador, abro a tampinha e meu telefone toca. E eu fico três horas de um sábado de carnaval atendendo uma pessoa em crise por telefone, manejando. Não três horas direto, mas fazendo esses contatos, “Você está sozinha? Quer que



eu ligue para alguém?”. Conversei um bom período com ela e depois fui manejar essa rede, e depois fico pelo menos 48 horas em alerta porque, se ela teve uma crise, as 48 horas seguintes são decisivas, seja porque ela sentiu bem com o apoio da rede que foi acionada ou porque nada fez efeito e ela pode ficar mais deprimida e agitada com a crise. Também já passei por uma situação que eu saí de férias por 15 dias e todos os dias estive conversando com um paciente que estava em crise. É da ordem da imprevisibilidade. Aconteceu uma situação na vida dele e ele precisou falar comigo para não entrar em crise. Eu falei assim, “Amanhã, a gente volta a conversar”. E, nesse amanhã a gente volta a conversar, conversamos todos os 15 dias das minhas férias. Algumas situações concretas demandam um envolvimento, mas também pode ser do ponto de vista da postura. Como é um trabalho que oferta essa disponibilidade, essa ajuda a articular uma rede, pode ser um apoio em um domingo de manhã ou um sábado de tarde, dois

dias das minhas férias ou os quinze dias das minhas férias.

A pessoa chega em um primeiro momento te exigindo muito mesmo e trabalhar com isso depois do limite faz parte do processo. Inevitavelmente eu sinto cansaço, preciso ter uma ideia do meu horário do dia. Por exemplo, eu nunca marco a primeira entrevista em crise no início da manhã ou, se eu vou atender no horário da manhã, eu não atendo ninguém depois, pra eu realmente ter um tempo. Aí eu vou fumar um cigarro, voltar para casa, fazer almoço ou até dormir mesmo. No primeiro ano em que eu acompanhei aquele pessoal do TJ, eu chegava da clínica e minha casa era escura, eu vou fazer um fio terra, quando eu acordar eu acordo. Então, é muito difícil, envolve muito a gente e esse limite é importante também. Por exemplo, esse paciente específico demandou e eu o atendi por mais de um dia nas minhas férias mas eu não faço isso com todos porque eu consigo avaliar o risco das pessoas. Especificamente com ele, minha preocupação era que logo depois



que eu voltasse, ele também sairia de férias, então tinha uma coisa da instabilidade do tempo, da frequência, das sessões. Outras pessoas não. O psiquiatra da pessoa vai ficar aqui, não vai sair de férias; dá pra combinar um atendimento pelo Skype quando se está ausente para a pessoa te ver; dependendo da demanda; dependendo de quem seja e qual é a situação, dá pra deixar outro profissional de referência. Esse jovem, por exemplo, a família dele era acompanhada por uma amiga minha. Como ele demandou muito tempo da primeira vez, quando eu estava de férias, eu sugeri que ele fosse acompanhado por ela. Não tem porque manter essa dependência ao meu trabalho e à minha pessoa exclusivamente. Da segunda vez, já não foi preciso mesmo atender todas as vezes, nem todos os dias. E a única vez que precisei, a colega que estava disponível foi lá, teve um entrevista individual com o paciente. A gente precisa pensar nesse limite, porque crise não tem hora, não acontece só em horário comercial. Se não, eu vou estar

atendendo gente de madrugada e a ideia não é essa. A ideia é que a pessoa consiga voltar a dormir. Se eu alimento o ciclo da crise e não reverter a situação, ficamos ela e eu em crise.

**Soraya:** E eu acho que a pergunta da Bárbara embora seja direcionada a você e com o perfil profissional que você tem, é uma pergunta que faz sentido para nós também. Não somos da área Psi, mas como a gente fica quando os nossos amigos e a nossa rede estão instáveis, em crise ou dando sinais de fadiga e de desesperança? A pergunta da Bárbara é muito importante para trazer esse cenário para perto da vida universitária e da vida na Antropologia, pois nós temos também uma rede de antropólogos. Embora a gente não vá oferecer cuidados profissionais ao sofrimento mental, a gente pode reconhecer a nossa capacidade de acolhimento, a nossa capacidade de escuta, e também os nossos limites.



**Enrique:** No início da carreira, uma das perguntas do meu grupo de pesquisa era essa, para conseguir lidar com isso, tem que saber quais são suas próprias intenções suicidas. Mas aí eu pensei, “Eu nunca tive essa intenção e nunca pensei nisso”. Mas tem um dia que você quis dormir sem ter hora para acordar; teve um dia que você quis desistir; e isso não é uma ideia suicida clara, mas fala desse lugar do cansaço, da pausa, do limite e qual o sentido do limite. Quanto mais a gente conseguir entender que o sentido do limite é pra pausa, eu acho mais promotor de saúde do que a ideia de fracasso. Eu não preciso atravessar o limite pra chegar no fracasso e a coisa se virar contra mim. Eu posso reconhecer o limite como uma ideia de pausa, vou me recuperar agora e vou levantar depois e continuar a caminhada do projeto que for, pessoal ou profissional. Acho bem importante ter isso em mente.

**Bárbara:** De acordo com a Organização Mundial da Saúde,

nos últimos 10 anos a depressão cresceu 18% e até 2022 a depressão será a doença mais incapacitante do planeta. Quais os desafios para os profissionais da área e para a atual geração na busca de reduzir esses índices e ter uma saúde mental saudável?

**Enrique:** Coincidentemente, o “grande irmão” [Facebook] compartilhou isso pela manhã. Vi uma reportagem mostrando que o Brasil está ranqueado na América Latina como o último país [5], tem os maiores índices do que chamamos em inglês de “disability”. Na tradução, o termo também considera essas incapacidades causadas por transtornos mentais. Eu fiquei lendo as perguntas que vocês me mandaram e chegou, pelo celular, uma reportagem sobre isso. E aí marquei para poder comentar com vocês justamente sobre isso. O Brasil com os piores índices e a gente mantém o mito de que somos um povo cordial e feliz. E, na verdade, é completamente o contrário, não somos nada cordiais e não somos nada felizes. Há



uma série de questões por trás. Por exemplo, há uma cultura de liberdade com o corpo muito limitada ao Carnaval, fora do Carnaval você não tem liberdade nenhuma com o seu corpo. O pessoal que estuda a determinação social da saúde e doença observa que quando os países entram em crise, as pessoas tendem a entrar em crise também e é o que observamos nesses índices mostrados na reportagem. Mas, empiricamente, no meu consultório, todo mundo voltou a se sentir desesperançoso no seu local de trabalho. Vi também uma reportagem publicada, se não me engano pelo El País [6], sobre a Argentina na crise dos anos 2000, quando um número maior de jovens entrou em crise e cometeu suicídio. Vi também outras duas reportagens mais recentes, que mostram como no Japão, os idosos cometem atos transgressores para serem presos e terem um mínimo de condições para viver dentro dos presídios.

Temos um desafio grande nesse cenário que é, no ponto de vista pessoal, trabalhar a tolerância à frustração. A vida

não alivia, a vida é muito difícil. Ainda temos um sistema bastante competitivo, sobretudo para os jovens. Segundo as estatísticas nacional e internacional, o jovem adulto está em um momento de transição e das primeiras experiências profissionais, um momento em que às vezes está grávida, tendo filhos, sendo mãe solteira. Uma série de coisas mudando ao redor e a pessoa se vendo sem recursos. Então, é um grupo que se encontra no quadro de estatísticas, esse jovem adulto, pela quantidade de transições dessa etapa da vida. Além disso, entra um termo horrível, que recebe críticas, que a “resiliência”. Dizem que se precisa trabalhar a resiliência, mas para quem? Para o sistema ou para a sua saúde? Hoje tem um grupo de mães universitárias da UnB, elas são do curso de Psicologia, que se organizaram para as alunas mães poderem frequentar a aula. Quem tomou iniciativa também precisava de apoio para olhar o próprio filho. Algumas dessas iniciativas nascem porque a pessoa precisava desse apoio, as suas amigas



também precisavam. Eu vi uma matéria no jornal Metrôpoles e também na página da UnB [7]. Achei super interessante, é uma iniciativa de complexidade simples de juntar voluntárias, organizar horários, formar uma rede, uma rede para mais de uma mulher, para mais de uma criança. Projetos assim trabalham a ideia de resiliência e não de que se tem que suportar tudo a qualquer custo. Há desafios pessoais, mas esses desafios têm uma relação direta com esses processos de determinação da saúde, que é onde está hoje o nosso risco maior. Qual é a ideia de saúde quando o governo diz que não tem mais sentido um Sistema Único de Saúde público de cobertura universal; quando uma educação de qualidade gratuita não se faz mais necessária? Então, a gente começa ampliando a ideia de que saúde não é só mais a ausência dos sintomas. O programa “De Braços Abertos” [8] foi interrompido no governo Dória em São Paulo. Trabalhava com a oferta de residências mesmo que temporárias para moradores ou pessoas em situação de rua.

Elas poderiam ter um acolhimento mínimo ou poderiam ficar de seis meses a um ano até se reorganizar e sair dos hotéis dos “De Braços abertos”. Políticas de habitação, educação e saúde sendo desmontadas, como esperamos que essa população esteja em cinco anos? Na semana passada, uma amiga nutricionista explicou que o problema não é lavar o agrotóxico do alimento, o problema é que já está completamente contaminado e não conseguimos limpar o alimento internamente, não é só cortar ao meio. Ele já está geneticamente contaminado com uma série de agrotóxicos proibidos no mundo inteiro mas que continuam liberados aqui. Como essa população estará em cinco anos? No Rio Grande do Sul e nas cidades próximas a grandes agriculturas, há um indicador dos aumentos de casos de câncer.

**Soraya:** Enrique está falando de uma coisa muito cara à Antropologia. Ao falar de depressão, falamos sobre um indivíduo que está sofrendo, que está em um estado depressi-



vo e que começa a tomar um psicotrópico, um regulador de humor. Mas que esse indivíduo não está isolado do contexto em que ele vive. Enrique está deixando o pensamento e a clínica individualizante ao extremo (muito comum na Psiquiatria) e passando à uma ideia muito mais ampla de indivíduo, localizado dentro de um contexto, dentro de relações sociais imediatas e também de cidade, país, continente. É uma outra maneira de pensar saúde mental, depressão e suicídio.

**Enrique:** É importante ficar claro no que eu estou pensando quando eu coloco essas condições sociais. Por exemplo, essa situação do Chile, que hoje tem um número alto de idosos. Esse foi um dos primeiros países da América Latina a fazer uma rigorosa reforma da previdência, semelhante a que está sendo proposta aqui no Brasil. Temos um país continental, então tem muita diferença do Chile, é preciso observar isso na reportagem que eu citei acima. Nós tão pouco temos uma unidade nacional

como os argentinos, como os índios bolivianos, como alguns grupos étnicos que, antes de tudo, se reconhecem como uma etnia. Isso sustenta de alguma forma essa condição de rede, já que se constrói em rede a saúde e isso nos falta. Historicamente, a gente cometeu o maior genocídio já visto na humanidade e que não é reconhecido como um genocídio, basta considerar a população indígena que vivia no Brasil e a que vive hoje, de fato, foi um massacre desproporcional, dentro de tantos outros na história. Esse é o grande desafio. Quando pensamos a política pública ou o socorro a alguém, temos que observar a vizinhança, escola, academia. Mas tendemos a pensar individualmente e, realmente, não dá.

A UnB é muito potente, tem produção de ponta e iniciativas de referência em diferentes áreas. Mas como local de trabalho, é possível também que esteja adoecida institucionalmente há muito tempo. Mas, atenção, não é a UnB que está adoecida, mas são as condições em que acontece a formação



acadêmica. Os professores e técnicos entram de licença médica, os alunos cometem suicídio e o que é feito institucionalmente? Tem duas iniciativas, mas são de proporções limitadas. As pessoas podem se dar as mãos de fato, como foi durante o mês de junho do ano passado, as rodas de conversa no Instituto de Ciências Sociais depois dos dois alunos que tiraram a própria vida, Ellye Wallace. Isso foi fundamental para que as pessoas pudessem se encontrar e conversar. Eu acho que a proposta de uma disciplina é super importante, como a Soraya fez. Não foi só a ideia de discutir teoricamente o que é “saúde mental”, mas sim de observar e colocar em prática esse olhar da formação antropológica. Fiquei muito feliz com o convite para essa entrevista porque a disciplina se transformou em um Dossiê. Essa é uma oportunidade de ouro, tanto para quem participou quando para quem vai ter acesso a ler tudo isso.

As rotinas podem adoecer de alguma forma. Por exemplo, as rotinas da natureza. Existem pesquisas mostrando que

nos países nórdicos e no norte da Europa, as pessoas apresentam um quadro mais depressivo por conta da falta de vitamina D, causada pelo inverno que dura nove meses. Uma amiga belga adora o Brasil pelo simples fato de o sol estar no topo em pleno inverno. Em Bruxelas, às 9h da manhã já é escuro e a tendência é piorar. É a sensação de um ambiente meio para baixo. Além disso, há a pressão por produtividade, pressão para entregar trabalhos acadêmicos perfeitos, como a oitava maravilha do mundo. A roda já foi inventada de várias formas mas a estudante precisa ser a próxima Levi-Strauss a qualquer custo. Isso é realmente muito adoecedor. É muito alto o nível de excelência exigido dos professores, dos alunos e dos técnicos que trabalham com um público estressado e com várias demandas. Os funcionários se irritam com a burocracia mas não podem fugir da burocracia. São todas coisas do cotidiano que naturalizamos mas que não nos damos conta nesse cotidiano. Hoje ao ler o Facebook, vi um cara falando sobre não



ser normal a gente trabalhar de segunda à sexta e deixar para ir ao mercado no sábado. Esse é um pacto que se sustenta às custas da saúde das pessoas. Há uma função controladora também nesse consumo. Entre os meus colegas e os profissionais da saúde, que é também uma área que se automedica muito, é incomum as pessoas respeitarem os horários das próprias consultas, as paradas, o fato de ir ao médico por precisar ir, mas geralmente vão remarcando. É preciso parar para ir ao cinema, conversar com os seus amigos da república, para tomar um café. A estudante para entre uma aula e outra? A professora para pra tomar um café com as amigas? Ou só pega um lanche e corre de um pavilhão ao outro? Quem vai quebrar essa rotina?

**Milena:** Eu moro com amigos e a gente sempre oscila entre um final de semana de estudos intensos, o final de semana inteiro juntos estudando e outro final de semanas assistindo filmes. Mas sempre que estamos assistindo filmes, estão to-

dos preocupados por coisas que poderíamos estar fazendo. E no domingo à noite, ficamos ansiosos com a volta da rotina.

**Enrique:** No exterior, eles são danados para inventar nomes de síndromes e transtornos bastante estereotipados. E têm uma expressão que é a “Síndrome do missing out”, o sentimento de estar sempre perdendo alguma coisa. As redes sociais trouxeram muito isso, o fato de não olhar, não receber uma mensagem ou um alerta já cria uma angústia. Temos que ficar lembrando que temos outras atividades para fazer. Estou aqui com vocês e já tem uma hora que o meu celular está no modo avião. Eu fui procurar uma reportagem que eu tinha visto e fiquei pensando, “Ué, não chegou mensagem nenhuma?”. E aí lembrei que estava no modo avião. Então, calma, eu estou em outra atividade, calma. E tem o final de semana também. Por exemplo, eu estipulei que trabalharia até sábado, para não avançar a minha madrugada, mas aí eventualmente vem um domingo sem eu ter con-



seguido cumprir um cronograma. Mas eu não vou correr para fazer as coisas, não tem como mudar essa realidade, se eu não fiz durante a semana, para quê vou me impor uma obrigação moral para me encher de culpa? Ou vou entrar em um rebote de ritalina ou outra coisa para poder ficar super acelerado e ler uma quantidade enorme, não vou conseguir produzir, estressar o meu corpo e me sentir muito culpado. Então, precisamos pensar mesmo nos nossos modos de produção nesses contratos, nessa rotina acadêmica. Ela contribui muito com isso.

**Bárbara:** A universidade traz muito isso para a gente, de que temos que nos poupar da vida social, de ver os amigos e de tomar uma cerveja para ficar ali produzindo, fazendo trabalhos. Há os professores que não entendem que não temos apenas a matéria deles e que temos diversas outras demandas. Quando eu entrei na universidade, eu fiquei muito surpresa porque fiquei com um sentimento que eu nunca tinha sentido antes.

Eu sempre morei na Ceilândia/DF e sempre agalera de lá vem para a universidade com um pensamento totalmente diferente. Vi as pessoas adoecidas, vi casos de suicídio na universidade, coisas que nunca tive esse contato, tudo muito distante.

**Milena:** A competitividade que temos na universidade é visto como uma coisa bem natural, quem produz mais, quem lê mais, quem sabe mais, é mais valorizado.

**Enrique:** E temos comentários dos colegas, você fica até com vergonha de fazer perguntas. Aquela leitura que você fez, achou que super compreendeu e aí o cara faz um comentário comparando a leitura com outro texto pelo simples fato de ser arrogante, e isso é valorizado. O alto nível de expectativa nesse tipo de leitura. Eu tinha colegas no primeiro semestre que chegavam falando que já tinham lido a obra completa de Freud. Não é assim que a universidade deve inculcar a ideia de



produtividade, quem é cientista por profissão são os professores. Mas os professores também sofrem. Mas sabemos que um grupo de pesquisa trabalha para muitos de nossos colegas, o estagiário faz a limpeza do laboratório e depois que colhe dados para os mestrando; o mestrando está colhendo dados para o doutorando; e esse doutorando está fazendo as coisas para o seu orientador e o orientador está saindo em tudo quanto é publicação.

Acho que tem acordos bem difíceis dentro da vida acadêmica, mas neste momento, é difícil fazer críticas dentro da vida acadêmica por conta de todo esse ataque que estamos sofrendo de fora. Portanto, é bom lembrar que essas não são regras criadas na universidade, mas sim regras impostas pelos tais indicadores científicos, e agora o novo ministro está solicitando isso, o professor deve publicar de 15 a 20 artigos por ano, sendo que 50% em revistas internacionais. Há um nível de estresse só na expectativa do que você tem que fazer para che-

gar lá. Na década de 70 mais ou menos, Foucault que escreveu um monte na vida dele, tinha sempre dentro da universidade um período de mais ou menos três a quatro meses para montar o curso dele. Depois, ele dava aquele curso para o qual tinha estudado no início do ano, aquele levantamento que ele fez. “A hermenêutica do sujeito”[9], que eu estava lendo, foi um curso que ele ofereceu de janeiro a março. No final do ano anterior, ele tinha feito toda uma pesquisa, feito conferências, não é uma repetição com parágrafos a mais. Como vemos em textos de muitos colegas, aquele mesmo parágrafo reeditado várias vezes, para servir de introdução, fatiando toda uma produção acadêmica em cinco ou seis artigos. Há coisas bem perversas, a rotina de trabalho é da instituição, não é da academia. A academia, quanto mais ela é produtora desse conhecimento, quanto mais ela exige que as pessoas se dediquem para esclarecer ou chegar a alguns lugares, mais ela tem promovido vida. Paradoxalmente, o volume de dados que a gente tem hoje interna-



cionalmente, ajuda a gente a pensar em intervenções nas situações mais inóspitas, sem fronteiras, e isso existe porque hoje existem condições da Medicina ser transportada para vários lugares, não precisa mais de um aparato estrutural ou somente este aparato estrutural. A mesma coisa com as populações indígenas e ribeirinhas, hoje conseguimos levar intervenções de saúde para essa população e isso só é possível com o avanço da ciência.

**Milena:** Como entrar em diálogo com a comunidade acadêmica na intenção de prevenir o adoecimento, o sofrimento, os suicídios e incentivar que as pessoas procurem ajuda, na tentativa de evitar casos como tão tristemente vimos no ano passado no Instituto de Ciências Sociais, com nossos queridos colegas Elly e Wallace?

**Enrique:** A gente pode trabalhar com o que já temos, em time

que está ganhando não se mexe, então essas iniciativas, sejam as do CAEP, a clínica escola. Ter o CAEP como referência e como parceiros das intervenções. A parceria precisa ser permanente. Agora não podemos trabalhar só no quadro da intervenção, é muito mais saudável trabalhar com a promoção da saúde. Quanto mais a gente puder ter outras rodas de conversa, momentos de apoio. Desde a virada para o século XX, o IP [Instituto de Psicologia da UnB] passou ao trote do apadrinhamento, quando se indica um veterano para ajudar o calouro a compreender o ambiente universitário, encontrar a xerox, onde lanchar, onde ficam as salas. Apadrinhar para ajudar a vida que é bem difícil nesse primeiro semestre, com momentos de acolhida, momentos de encerramento. Recentemente estava conversando com uma amiga que está na pós-graduação na Fio-cruz, a gente faz muita avaliação dos egressos só com reativas e quantitativas, se a aula foi boa ou não, se o professor é bom ou não. A gente não faz uma avaliação de egressos de modo



qualitativo. Temos que avaliar também quem entra, que expectativa tem, o que quer fazer durante o semestre. Coisas assim podem ser feitas para momentos de acolhidas e encerramento. Existe o mês de conscientização sobre a prevenção de suicídio, que é o chamado “Setembro amarelo”. Podemos fazer rodadas com várias questões, discutir o estigma sobre o suicídio, o tabu em torno da morte e como se constrói uma rede de apoio e de que maneira podemos perceber dentro de sala de aula as dificuldades que a rotina acadêmica pode trazer e eventualmente ser um fator de adoecimento para alguém. Final de semestre é um momento de alerta, acho que podem ser momentos de pausa.

Eu achei fantástico o cuidado que a Soraya faz. Em 15 anos de formado e estou na pós-graduação agora, foi a primeira professora que programou uma pausa no meio do semestre, sem necessariamente ser um intervalo de feriado. Se foram planos pessoais ou uma ideia anterior que deu certo,

não interessa, estava instituído, “Nós vamos fazer uma pausa, é importante, porque a gente se cansa da quantidade de leitura, da quantidade de entrega para ser feita, de trabalhos para devolver”. Essas pausas são fundamentais para também planejar um calendário de uma disciplina com isso. Achei fantástico uma coisa muito autônoma, esse grupo de mulheres que criou para si o apoio para as alunas que são mães poderem frequentar as aulas. Então, não precisa ser sempre a iniciativa de um profissional de saúde. Claro, algumas situações exigem um esclarecimento sobre a dinâmica ou sobre o que é possível fazer quando a crise está instalada. É bom que seja um profissional de referência, mas não pela especialidade e sim para evitar a sobrecarga e evitar eventualmente não saber o quê fazer com a situação. Envolver uma instituição, o CAEP ou um núcleo do professor Marcelo Tavares, que hoje é um programa instituído para os servidores, não sei se para a comunidade como um todo. São todas estratégias fundamentais.



Para organizar como um conceito, além das ações para a promoção de saúde, essas ações de apoio e quais ações de apoio podemos fazer, como um intervalo em uma disciplina ou uma ação para os alunos de primeiro semestre. Eu fico pensando como é iniciar o curso de Antropologia em uma cidade em que é bastante difícil conviver no território, como você falou, Barbara, só da Ceilândia para a Asa Norte são duas realidades completamente diferentes. Entrou no curso e todo mundo já é imediatamente inserido em uma expectativa de pesquisa etnográfica. Ou quando se lê os clássicos da Antropologia, a estudante fica sem saber como vai fazer isso na prática, quando não tem tempo, não tem dinheiro e não se trabalha profissionalmente. Tem uma disciplina na Psicologia que nos ajuda muito, pelo menos, “Psicologia, ciência e profissão”, existe tanto na UnB quanto na Universidade Católica (eu ofereci essa matéria lá, quando fui professor). Ela é ofertada no primeiro ano, quando se discute o nosso campo profissional e traz essas alterna-

tivas de mercado de trabalho, as habilidades necessárias que fazem uma estudante se imaginar mais nesse campo do que no outro. Já na Antropologia, a estudante começa lendo os textos dessa área e se imagina dois anos morando em uma ilha distante, tendo que aprender um vocabulário totalmente diferente, voltar ao escambo para sobreviver e, a gente sabe, não é assim. Ali como caloura, como ela se imagina formada, trabalhando com uma antropóloga? São coisas que podem criar expectativa, ansiedade, impotência e solidão.

**Soraya:** É o mito da pesquisadora, como a única opção de profissão. Eu tenho dado uma disciplina bastante parecida com essa da Psicologia, “Antropologia e mercado de trabalho”[10]. É uma chance de vermos algumas opções de trabalho na área, conhecemos e visitamos colegas que já estão inseridos no mercado, atuando como antropólogos. Concordo contigo, isso é fundamental para criar horizontes mais concretos, estabilizar a



ansiedade do presente e criar possibilidades no futuro.

**Bárbara:** Foi muito bacana conversar contigo, Enrique.

**Milena:** Agradecemos muito pelo seu tempo em vir conversar conosco, em nos contar de sua experiência de trabalho como psicólogo e psicanalista. E também por toda essa boa conversa nos ajudar a entender como está a vida acadêmica hoje em dia, como está a UnB de hoje. Você nos dá muitas sugestões bacanas e importantes para acolher, proteger e atentar para todo mundo que passa tantos anos na universidade. Muito obrigada!

**Soraya:** Grata mesmo, meu amigo querido!

### Notas

[1] A Casa De Saúde Anchieta era um manicômio, da cidade de Santos. Sofreu intervenção em 1989, coordenada por um grupo de profissionais, entre eles o psiquiatra Roberto Tyka-

nor, interventor responsável. O processo ocorreu por determinação da atual vereadora Telma de Souza, à época prefeita de Santos. A experiência é considerada um marco na Reforma Psiquiátrica brasileira, sendo responsável, a partir dos Núcleos de Apoio Psicossocial, pela construção dos hoje Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Há uma vasta bibliografia sobre a experiência santista e a reforma brasileira. Apenas a título de curiosidade, segue link sobre os 30 anos da intervenção: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2019/05/03/intervencao-na-casa-dos-horrores-completa-30-anos>.

[2] Lancetti, Antonio. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006. Lancetti, Antonio. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

[3] Para conhecer o trabalho do Prof. Marcelo Tavares: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizaev.do?id=K4781190Z6>.

[4] <https://www.cvv.org.br/>.

[5] <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/brasil-o-pais-mais-deprimido-da-america-latina-apon-ta-oms-20969009>.

[6] <http://feeds.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft0906200210.htm>.

[7] <https://www.bbc.com/portuguese/geral-47086935>.



[8] <https://www.metropoles.com/distrito-federal/universitarias-da-unb-criam-projeto-para-ajudar-alunas-que-tem-filhos>.

[9] FOUCAULT, Michel. *A Hermenêutica do Sujeito: Curso no Collège de France. 1981-1982*. Edição estabelecida por Frédéric Gros sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana. Tradução de Márcio Alves da Fonseca e de Salma Tannus Muchail. São Paulo, Martins Fontes, 2014, 3a. ed.

[10] O programa mais recente da disciplina, “Antropologia e mercado de trabalho”: [http://www.dan.unb.br/images/pdf/graduacao/programas-disciplinas/2017.1/Topicos\\_4\\_CenariosdeMercadodeTrabalho\\_2017\\_1\\_Soraya.pdf](http://www.dan.unb.br/images/pdf/graduacao/programas-disciplinas/2017.1/Topicos_4_CenariosdeMercadodeTrabalho_2017_1_Soraya.pdf)

