



## EDITORES

TADEU DE PAULA  
JOSÉ DAMICO

## CONSELHO EDITORIAL

CRISTIANE LUIZA SABINO DE SOUZA  
CINDIA BRUSTOLIN  
DEIVISON MENDES FAUSTINO  
EMANUELLE FREITAS GÓES  
EMILIANO DE CAMARGO DAVID  
FERNANDA SOUZA DE BAIROS  
JOSÉ CARLOS GOMES DOS ANJOS  
LETÍCIA CAROLINA PEREIRA DO NASCIMENTO  
MARILDA DA CONCEIÇÃO MARTINS  
MÍRIAM CRISTIANE ALVES  
TAIASMIN DA MOTTA OHNMACHT  
BRAULINA AURORA  
DIÁDINEY HELENA DE ALMEIDA  
DANDARA DA CONCEIÇÃO FEITOSA  
EDILAISE SANTOS VIEIRA  
MARIA LUCILENE MARTINS SANTOS  
JOZILÉIA DANIZA JAGSO INÁCIO SCHILD  
INARA DO NASCIMENTO TAVARES

## CONSELHO EXECUTIVO

CAMILE PASQUALOTTO LEWCZYNSKI  
ROGER MACHADO

**"NA MIRA DO FUZIL"**  
**A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES NEGRAS**  
**EM QUESTÃO**

**RACHEL GOUVEIA PASSOS**

**“NA MIRA DO FUZIL”  
A SAÚDE MENTAL  
DAS MULHERES NEGRAS EM QUESTÃO**

HUCITEC EDITORA  
GRUPO DE PESQUISA EGBÉ  
PROJETO CANELA PRETA  
São Paulo-Porto Alegre, 2023

© Direitos autorais, 2023,  
de Rachel Gouveia Passos  
© Direitos de publicação reservados por:  
Hucitec Editora Ltda.  
Rua Dona Inácia Uchoa, 209  
04110-020 – São Paulo, SP  
Telefone: (11) 3892-7772 3892-7776  
huciteceditora.com.br

Depósito Legal efetuado.

Direção editorial: Mariana Nada  
Produção editorial: Kátia Reis  
Assistência editorial: Mariana Bizzarro Terra  
Circulação: Elvio Tezza



GRUPO DE PESQUISA EGBÊ:  
NEGRITUDE, CLÍNICA E POLÍTICA



PROJETO  
CANELA  
PRETA

PROJETO CANELA PRETA

---

P289

Passos, Rachel Gouveia.  
“Na mira do fuzil” : a saúde mental das mulheres negras em questão  
/ Rachel Gouveia Passos. – 1ª ed. – São Paulo : Hucitec, 2023. – 143 p. ;  
21 cm. – (Coleção Diálogos da Diáspora, 22).

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-85-8404-342-2

1. Saúde mental. 2. Mulher negra. 3. Racismo. I. Título.

CDD 362.21

Ficha catalográfica elaborada por Camilla Castro de Almeida CRB7/0041/21

---

À minha ancestralidade.

“Exu matou um pássaro ontem com uma pedra  
que só jogou hoje”.

(Ditado Iorubá)

Acredito que as mulheres negras estão profundamente acostumadas com a tragédia. Nós esperamos a tragédia. A morte não é uma estranha em nossas vidas, em nossos mundos. Perdemos nossos pais devido a hipertensão e ataques do coração; perdemos nossos irmãos nas frentes de batalha em guerras [...]; perdemos nossos maridos e amantes vitimados pela violência policial; perdemos nossos filhos nas prisões ou no tráfico de drogas. O stress e o peso advindos de tudo isso constituem a vida dos negros na América: crianças geradas por outras crianças, guetos desumanos, escolas em péssimas condições, salários baixos, racismo... Tudo isso constitui a lenta, porém firme, morte do nosso povo. **Nós estamos simplesmente acostumados com a dor.**

(Bridgett Davis, grifo meu)





# SUMÁRIO

- 13 **PREFÁCIO**, *Thula Pires*
- 19 **INTRODUÇÃO**
- 27 **CAPÍTULO 1**, “Fábricas de marginais”  
27 O “não-ser” (mulher) negra  
35 Cuidado colonial ou colonialidade do cuidado?
- 45 **CAPÍTULO 2**, “Crimes da paz”  
45 Psiquiatria, colonialismo e racismo  
60 Terror de Estado, trauma psicossocial e a máscara manicolonial
- 73 **CAPÍTULO 3**, “Mães de bandidos”  
73 Guerra às drogas, violência e colonialidade do cuidado  
80 Adoecimento e sofrimento psicossocial

|     |  |
|-----|--|
| 89  | <b>CAPÍTULO 4, “A favela não é abatedouro”</b>                 |
| 89  | Como uma crítica interna à psiquiatria transforma a sociedade? |
| 98  | O cuidado em saúde mental como (re)existência                  |
| 107 | <b>CAPÍTULO 5, “Somos todos órfãos?”</b>                       |
| 107 | Por um resgate onto-ancestral                                  |
| 112 | Atenção Psicossocial, Antirracismo e a Clínica da Delicadeza   |
| 127 | <b>REFERÊNCIAS</b>   |
| 139 | <b>POSFÁCIO, Lúcia Xavier</b>                                  |

## PREFÁCIO

*Contra a inimizade, delicadeza!*

**É** na luta que a gente se encontra! Foi assim que comecei a contar da experiência que mais aproximou os nossos caminhos. Foi no *Curso de Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica Brasileira*, em 2019, que eu e Rachel passamos de “colaboradoras pontuais” a companheiras permanentes no enfrentamento a todas as formas de violência, sobretudo àquelas desproporcionalmente sofridas por mulheres negras.

E quanto mais as trocas aconteciam, mais percebíamos a necessidade de fazer conversar campos de atuação profissional que têm uma longa trajetória na (re)produção do racismo patriarcal cisheteronormativo, enquanto enunciam atuar à serviço da realização da justiça social e da garantia da ordem social. Direito, Serviço Social e Psiquiatria certamente não esgotam as áreas de perpetuação do terror

racial e sexual entre nós, mas este livro é uma espécie de boleto da dívida que cada uma dessas esferas de atuação têm que pagar.

Diante de uma sociedade medicamentada, Rachel Gouveia não doura pílula para ampliar o acesso a informações que traduzem, em pretuguês, as dinâmicas de sofrimento mental vivenciadas, sobretudo por mulheres negras. Denunciando a alienação dos que insistem em patologizar, dopar, enclausurar e inviabilizar a vida plena de boa parte da sociedade brasileira, a autora analisa os impactos da violência armada na saúde mental das mulheres negras, dando destaque ao processo de sofrimento e adoecimento psíquico ocasionados pela mutilação ou morte de seus filhos(as).

Dentre as distintas formas de negar a humanidade de (pessoas) negras, os efeitos da negação da maternidade desponta como sofisticada estratégia de (re)produção do sofrimento e da violência que sustentam a zona do ser e são sustentados pela zona do não ser. Nas suas palavras: “O sofrimento e a destruição da população negra marcam a constituição do país ao mesmo tempo que o lugar da outridade é pedra basilar para que os modos de vida dos privilegiados com a destruição tenham sua manutenção”. Caracterizando o que identifica como estado de guerra permanente, passa a explorar três efeitos desse processo: a coconstituição das noções de loucura/violência e zona do não ser; os legados e reatualizações do trauma psicossocial colonial; e a máscara manicomial como estratégia de controle e produção de morte em vida.

Das folhas de flandres aos fármacos, o processo de medicalização, patologização e farmacologização de subjetividades e corpos negros reatualizou a máscara de silenciamento, aquela que interdita a enunciação dos(as) insubmissos(as), daqueles(as) que fogem, das mais distintas formas, da sua posição “natural” de subalternidade”. A *máscara manicomial* materializa a contenção e impõe os efeitos perversos gerados pelo complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico nas diferentes dimensões da vida social.

É o que nos dizem as mães e familiares vítimas de violência de Estado, entrevistadas por Rachel Gouveia, quando denunciam que duas respostas têm sido ofertas depois da violência contra seus filhos(as) e familiares: remédios e impunidade. O Estado que mata, medicaliza as sobreviventes e desresponsabiliza os assassinos. Ao trazer para o centro da cena do genocídio negro, as mães e fami-

liares de vítimas de violência de Estado, a autora procura caracterizar a materialidade da destruição, através de distintos processos de morte contínua (do extermínio dos/as filhos/as à morte em vida gerada pelo luto das sobreviventes). Assim, amplia a percepção do genocídio como produção da descontinuidade de famílias negras e, por consequência, da comunidade negra como um todo.

Rachel Gouveia mobiliza a noção de *maternidade transferida* para desenvolver a noção de *colonialidade do cuidado*: “É pela noção de colonialidade do cuidado que desvelamos o estado permanente de guerra e a produção do sofrimento e do adoecimento psicossocial, trazendo a saúde mental como campo em disputa e central para afirmar um projeto de defesa da vida”. A negação da dimensão política do luto vivenciado por essas mulheres ancora-se em um processo de desumanização mais profundo, também caracterizado por práticas (públicas e privadas) de desterritorialização, espoliação, expropriação, estupros recorrentes, memórias intrusivas e debilitantes, sensação de isolamento, encurtamento do futuro, entre outros descritos direta ou indiretamente pelas sobreviventes. A dor dilacerante provocada pela retirada violenta da vida dos(as) filhos(as) é revivida a cada nova morte com os mesmos contornos e pela convivência com os perpetradores das violências no território de moradia, soltos para seguir produzindo dor.

Nas palavras da autora, o dia seguinte de uma mãe vítima de violência de Estado materializa a colonialidade do cuidado. A maternidade negra é cravejada pela bala que matou ou mutilou seu filho(a), destruindo e alvejando outros corpos e subjetividades, inclusive a vida dela. E, como se não bastasse, essa mulher negra ainda vai ter que lidar com o rótulo de “mãe de bandido”, enfrentando a dor e a violência de ocupar esse lugar social que não foi requerido por ela.

Algumas das entrevistadas por Rachel Gouveia para o livro nos colocam diante do luto vivido como “dor que enlouquece”, o que, segundo a autora, não pode ser pensado como patologia, mas como um dos sintomas do que ela denomina trauma psicossocial colonial. O estado de guerra permanente gerado pelo complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico produz lucro para poucos através da relação instituída entre loucura, crime e falta de cidadania. Ao mesmo tempo, utiliza-se da patologização/medicalização



para conformar as vítimas aos processos de destruição da situação-limite vivenciada por elas.

Esse livro busca estimular a reflexão acerca da intersecção entre racismo, psiquiatria e direito, materializada nos modos de vida e processos de subjetivação das mulheres negras. Com isso, nos confronta com discursos legitimadores do braço armado e do braço psiquiátrico do Estado como reatualização do entrelaçamento de práticas, hábitos, ações, instituições, disciplinas, valores e normas sociais aprendidas no cotidiano da colônia, ao tempo em que reeditam as hierarquias do existir e do sofrer na democracia liberal contemporânea.

Para além de todas as denúncias que são trazidas, Rachel Gouveia nos convida a fabular um mundo em que o campo da saúde mental possa se articular com políticas de produção da vida, sobretudo para “as condenadas da terra”. Nesse sentido, é reivindicada a Luta Antimanicomial, aquela que não se limita a garantir a cidadania de usuários dos serviços de saúde mental, que questiona a individualização da produção da destruição promovida por uma estrutura que se propõe a matar, mas que se coloca contra toda forma de exploração e opressão.

O doloroso ciclo entre 1) Desespero; 2) Choque; 3) Perda de rumo; 4) Questionamentos; 5) Deslocamento ou Permanência, que marca o processo de elaboração do luto de mães e familiares vítimas de violência de Estado, pode gerar ressignificação da dor (e produzir o deslocamento do lugar de horror) ou destruição completa, mutilação e morte em vida. O que vai definir o resultado não está no campo da vontade individual. É através da experiência coletiva que as mães e familiares conseguem “deslocar-se do lugar de horror produzindo novos sentidos para a existência”. Na convivência com outras mulheres, na promoção da vida gerada pelo encontro, são construídos novos suportes de cuidado em saúde mental.

Nas palavras da autora,

Dessa forma, são nas relações de trocas de experiências, afetos e informações que podem ser moldados outros contornos para existir além da dor. É preciso produzir estratégias de acolhimento e suporte que sejam individuais e coletivos que permitam a ampliação das redes de suporte, responsabilização comunitária, escuta, articulação

com território, a garantia de direitos e a promoção da liberdade. Assim, a concepção de saúde mental, embasada nos princípios antimanicomiais e antirracistas, pode contribuir com novas propostas de saber-fazer que promovam a vida e a (re)existência das mães e familiares vítimas de violência de Estado, a partir de ações nos equipamentos especializados ou intersetoriais ou nos próprios territórios periféricos.

É diante da encruzilhada que múltiplos caminhos se apresentam como possibilidades. Só se é capaz de percebê-los como pluralidade quando se entende tudo que foi trilhado até chegar àquele ponto. O investimento na denúncia e na compreensão acerca das violências que nos posicionam na zona das humanas ou das não humanas é fundamental para que o ponto que finaliza um percurso não seja assumido como ponto final ou gere paralisia. O entendimento acerca das engrenagens que a colonialidade nos legou tem nos oferecido ferramentas (e tem nos feito recuperar práticas ancestrais) que nos fazem enxergar a encruzilhada como ponto de virada para seguir caminhos que nos permitam bem-viver.

A defesa intransigente da liberdade, que pode ser encontrada na teimosia criativa que amefricanidade nos permite exercer, nas distintas experiências quilombistas que nos fazem refundar Palmares de novo (e quantas vezes forem necessárias), nos obrigam a pensar o campo da saúde mental desassociado do isolamento compulsório e punitivista que conformam as instituições totais e que organizam outras tantas instituições sociais. Ou, como diz Rachel Gouveia: “A liberdade na perspectiva antimanicomial corresponde ao respeito às diferenças e a um determinado cuidado que aposte na capacidade dos indivíduos em operar suas próprias escolhas. É esse princípio que orienta o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais”.

O cuidado como um valor ético-político precisa ser compartilhado por toda a sociedade, deve ser reconhecido como trabalho, pensado de forma integral, ancorado nas especificidades territoriais e em relação a distintos saberes e práticas, sejam eles interdisciplinares, multidisciplinares ou ancestrais. É disso que trata a *clínica da delicadeza*, da produção do cuidado em liberdade, sem silenciamento, apagamento ou homogeneização das experiências.

A delicadeza orienta a relação entre quem cuida e quem é cuidada, guia a escuta atenta e o acolhimento coletivo.

E, porque “combinamos de não morrer”, como sinalizou Conceição Evaristo, a *clínica da delicadeza* tem marcado as experiências de diferentes grupos, movimentos, coletivos e instituições que mantêm viva a resistência antimanicomial, antirracista, feminista e anticapitalista, em meio ao terror. E é junto com elas que reiteramos nosso compromisso com a proteção a todas as formas de ser e estar no mundo e na natureza. Que a leitura deste livro nos inspire a continuar a luta plurissecular por libertação que nos fez possibilidade e que pode garantir nossa continuidade!

abril de 2023.

— THULA PIRES

Professora na Graduação e Pós-Graduação do Departamento de Direito da PUC/RJ, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Direito e Coordenadora Geral do NIREMA

## INTRODUÇÃO

O presente livro é fruto da pesquisa desenvolvida durante o estágio pós-doutoral realizado no Programa de Pós-Graduação em Direito da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PPGD/PUC-RJ), sob a supervisão da Professora Dra. Thula Pires. O estudo objetivou analisar os impactos da violência armada na saúde mental das mulheres negras, dando destaque ao processo de sofrimento e adoecimento psíquico ocasionados pela mutilação ou morte de seus filhos. Buscamos descortinar as bases racistas e colonialistas que fundamentam a psiquiatria e incidem no cuidado em saúde mental.

O interesse em estudar a saúde mental das mulheres negras, a partir das experiências de mães e familiares vítimas de violência de Estado, emergiu tanto pelas inquietações oriundas da realidade social, principalmente pelo crescimento da medicalização, patologização e psiquiatrização do sofrimento e adoecimento psíquico,



quanto pela necessidade em continuar aprofundando as análises direcionadas para a categoria cuidado.

Destaco que o cuidado vem acompanhando diferentes estudos da autora pesquisadora, tendo seu início na dissertação de mestrado defendida na Universidade Federal Fluminense (UFF), seguida da tese de doutoramento apresentada na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) e publicada em formato de livro com o título *Trabalho, gênero e saúde mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino*, além da pesquisa elaborada no pós-doutorado em Serviço Social na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), intitulada *Teorias e filosofias do cuidados: subsídios para o Serviço Social* e publicada pela Editora Papel Social.

Ao ocuparmos a função de docente na universidade pública federal iniciamos projetos que pudessem apresentar para os estudantes experiências, reflexões e ações direcionadas para o campo da saúde mental em articulação com as relações de gênero, raça e classe. Nesse caminho, em diálogo com a psicologia, a psiquiatria e o direito lançamos os projetos de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos, tendo a psicóloga, sanitarista e professora Melissa de Oliveira como coordenadora e o Projeto de Pesquisa e Extensão Encruzilhadas: diálogos antirracistas realizado em parceria com o Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra (CES/UC) e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPE/RJ), coordenado pela Defensora Pública Patrícia Magno.<sup>1</sup>

No processo do desenvolvimento do tripé ensino, pesquisa e extensão nos aproximamos da realidade das mulheres negras moradoras das favelas do Rio de Janeiro que denunciam a violência armada em seus territórios. São elas que anunciam a medicalização da vida como parte da resposta do Estado, uma vez que a negligência e a culpabilização também compõem o pacote, além de terem seus corpos e subjetividades marcados pela exploração e opressões de gênero, raça e classe em seu cotidiano.

Para elaborar sobre o processo de sofrimento e adoecimento psíquico das mulheres negras, a partir das experiências das mães vítimas de violência de Estado, buscamos o pensamento do psi-

quiatra revolucionário martinicano Frantz Fanon. Suas obras fundamentam um debate que permite debruçarmos sobre a construção da identidade negra forjada pela ontologia do colonizador, ou seja, reconhecer que o branco criou a negrura e a caracterizou. Assim, na construção da hierarquia da humanidade foi na “zona do não-ser” que o negro esteve sendo instituído e localizado, o que significa estar permanentemente na mira do fuzil, pois sua imagem representa a violência, a animalização, a irracionalidade, a feiura e a incapacidade.

Como parte do processo de estudos que ainda gestavam as primeiras inquietações e indagações do objeto de pesquisa, e que impulsionaram a criação do Projeto de Pesquisa e Extensão Encruzilhadas, realizamos o *Curso de Extensão Direitos Humanos, Saúde Mental e Racismo: diálogos a partir do pensamento de Frantz Fanon*, organizado pela Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ) e a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPE/RJ).<sup>2</sup> Tal experiência ocorreu remotamente durante os meses de agosto e setembro de 2020, em sete encontros, tendo a composição de intelectuais do direito, da psicologia, da antropologia, da história, do serviço social, da filosofia e da sociologia. As aulas foram acompanhadas por três mil pessoas de todos os estados brasileiros e mais dez países. O que demonstrou a relevância do tema e a qualidade do debate realizado.

Dialogar com diferentes saberes e pesquisas foi fundamental para a ampliação do escopo teórico sobre o pensamento de Frantz Fanon e da própria concepção de saúde mental que não pode ser restringida aos considerados saberes especializados. Inclusive, os anos de isolamento social proporcionados pela pandemia da Covid-19 nos fizeram mergulhar no debate do sofrimento e adoecimento psíquico, em especial, da população negra, pobre e periférica. Inúmeras demandas para analisar a conjuntura e os impactos nessa população levaram a uma maior aproximação com instituições, entidades, coletivos e lideranças negras. Dessa forma, a pesquisa desenvolvida gestou-se ao longo de cinco anos, sendo fruto

<sup>1</sup> A quem agradeço a parceria na construção das ações de extensão e também na leitura prévia deste livro. Obrigada pela dedicação e cuidado dispensado previamente a esse material.

<sup>2</sup> O curso pode ser acessado no canal do YouTube da DPE/RJ e o livro que contém todo o conteúdo no site da Escola de Serviço Social da UFRJ.



de um conjunto de ações de extensão, orientações, reflexões, trocas e demais atividades realizadas.

Não podemos deixar de destacar a importância teórica, política e acadêmica da Coleção Luta Antimanicomial e Feminismos (Pereira & Passos, 2017; Pereira & Passos, 2019; Pereira et al., 2020b) organizada em parceria com a professora Melissa de Oliveira. Durante o processo de compartilhamento de inquietações e estudos direcionados para os feminismos e sua interface com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial iniciamos a organização da coleção e de ações de extensão. Tal diálogo aprofundou-se pelo mergulho analítico da ferramenta da interseccionalidade que nos auxilia a desvelar a realidade brasileira e os imbricamentos entre psiquiatria, racismo e sofrimento na construção do lugar do “não-ser” (mulher) negra.

A interseccionalidade não pode ser homogeneizada, pois encontra-se em disputa por diferentes concepções. Apesar de originalmente ser fruto dos movimentos protagonizados pelas mulheres negras norte-americanas, a ferramenta analítica vem sendo apropriada de diferentes formas, ganhando contornos heterogêneos. Aqui, particularmente, coadunamos com a compreensão de Collins & Bilge (2021) que consideram as estruturas desiguais como sendo interseccionais, o que exige uma práxis crítica interseccional. Assim, o entendimento das contradições da sociedade não pode ser descolado de uma práxis transformadora e vice-versa, sendo um movimento dialético.

Entretanto, é pelo debate modernidade/colonialidade que conseguimos virar do avesso, ou melhor, trazer raça e racismo como espinha dorsal da análise, para a compreendermos os contornos do “não-ser” (mulher) negra na sociedade brasileira, sustentado e propagado pela psiquiatria. Na constituição de uma humanidade hierarquizada pela sua racialização e generificação instituiu-se uma noção fetichizada e universal de ser que é sustentada pela concentração do poder e saber eurocêntrico. Ao decolonizar a organização do sistema mundo também localizamos o saber e poder psiquiátrico e seu maquinário desvelando sua funcionalidade na manutenção daqueles considerados ontologicamente perigosos, violentos e irracionais.

Reconhecemos que pela colonialidade do cuidado, ser, saber e gênero temos a colonialidade do cuidado. Isso significa que as rela-

ções coloniais que marcam a formação social, econômica, política, ética e estética da realidade brasileira produziram novos contornos e manifestações nas diferentes dimensões da vida social expressas na cena contemporânea. Há práticas de longa duração histórica (Costa, 2002) forjadas no pós-abolição que marcam as experiências das mulheres negras ainda hoje. É pela noção de colonialidade do cuidado que desvelamos o estado permanente de guerra e a produção do sofrimento e do adoecimento psicossocial, trazendo a saúde mental como campo em disputa e central para afirmar um projeto de defesa da vida.

Para identificar os impactos da violência armada na saúde mental das mães vítimas de violência de Estado realizamos uma pesquisa qualitativa,<sup>3</sup> buscando ampliar a compreensão do fenômeno aqui delimitado. As técnicas adotadas para a coleta de dados foram: observação participante em eventos e atividades organizados ou protagonizados pelas mães e familiares, utilização do diário de campo como instrumento de coleta de dados e realização de entrevista individual.

As entrevistas individuais foram realizadas com cinco mulheres negras, mães de vítimas de violência de Estado e moradoras de favelas do município do Rio de Janeiro. A escolha das participantes deu-se pela metodologia “bola de neve” que possibilita uma “amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência” (Venuto, 2014, p. 203). A “bola de neve” é usada para análises de populações difíceis de serem estudadas ou que não há precisão de sua quantidade. A partir de uma informante-chave tivemos o acesso as mães que, posteriormente, foram indicando outras mulheres com o perfil da pesquisa. Importante sinalizar que para a manutenção da confidencialidade as entrevistadas não foram identificadas no material, tendo seus nomes substituídos por flores.

Por fim, como o livro possui o intuito de estimular a/o leitora/leitor a refletir acerca da intersecção entre racismo, psiquiatria e direito materializada nos modos de vida e processos de subjetivação das mulheres negras, organizamos o material em cinco capítulos. No primeiro capítulo desenvolvemos sobre as diferenças

<sup>3</sup> O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pela Câmara de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ) – Protocolo 52/2022.



distorcidas e tornadas homogêneas que contornam a noção de humanidade universalizada como real e verdade. Tais distorções são assimiladas subjetivamente pelos sujeitos e transformadas em papéis e atribuições sociais. Dessa forma, apesar de as mulheres negras introjetarem a maternidade, não é possível experimentar o “mito do amor materno”, já que sua localização é a da “zona do não-ser” (Fanon, 2008).

O segundo capítulo resgata elementos históricos da constituição da psiquiatria e organização do seu maquinário para desvelar as suas bases colonialistas e racistas. É preciso reconhecer como na psiquiatria pineliana estava presente a racionalidade e normalidade racista e colonial, manifestando-se ao longo das mudanças ocorridas nesse saber/poder. No Brasil, os contornos particulares, contribuíram para moldar a noção de “classes perigosas” fundamentadas em conhecimentos científicos<sup>4</sup> raciais que disputavam a identidade nacional. Desenvolvemos a noção de estado permanente de guerra como produtor do trauma psicossocial colonial e que aciona a máscara manicomial<sup>5</sup> como resposta.

Em seguida, em diálogo com as entrevistadas, trazemos como a famigerada “guerra às drogas” é expressão do estado permanente de guerra e direciona-se para aniquilar os inimigos, ou seja, “os condenados da terra”. A condenação do estado permanente de guerra

<sup>4</sup> Aqui coadunamos com Góes (2016, p. 24) ao dizer que “não utilizaremos os termos relacionados à ciência oitocentista entre aspas como sinônimo de uma pseudociência. Isto porque, os cientistas da época faziam ciência, limitada, logicamente, aos conhecimentos e tecnologias frutos de seu tempo, influenciada por vários fatores contemporâneos tidos como inquestionáveis por suas funcionalidades. Adjetivá-la como pseudociência, a nosso ver, seria um equívoco semelhante ao de identificarmos o estágio do saber científico atual como pseudo, já que o verdadeiro saber, dentro dessa lógica, se encontra no futuro. O que não nos impede de falar em parcialidade e comprometimento com o controle racial/social.” Apesar de não ser identificada como ciência, precisamos reconhecer as influências que ainda ecoam de diferentes maneiras e demonstrar que para a época inúmeros cientistas, pesquisadores, políticos e demais influenciadores propagaram tais pensamentos que forjaram a identidade nacional.

<sup>5</sup> Aqui tomamos como referência o debate apresentado por Bárbara dos Santos Gomes (2016), ao sinalizar que a luta antimanicomial precisa ser antimanicolonial. Tal conceito foi desenvolvido por Emiliano de Camargo David (2022), compreendendo que a inferiorização promovida pela raça, manicomializa as subjetividades e os corpos negros, o que exige a Luta Antimanicolonial. Para o autor, essa direção transforma a Luta Antimanicolonial em “ferramenta libertária de desvinculação do significante negro(a) da loucura, periculosidade, animosidade, inferioridade, linguagem de saber-poder ancorada na colonialidade” (DAVID, 2022, p. 39). Dessa maneira, a partir dessas contribuições, buscaremos desvelar as bases manicoloniais e seus contornos contemporâneos que forjam a sociabilidade brasileira.

atravessa a existência das mães e familiares vítimas de violência e molda todo o processo de sofrimento e adoecimento. Logo, a saúde mental é acionada para justificar a manutenção da ordem social vigente via controle psiquiátrico, medicamentoso e farmacológico.

Já no quarto capítulo apresentamos elementos conjunturais que disputam as concepções, projetos e políticas de saúde mental, álcool e drogas. O avanço da extrema-direita e suas manifestações no cenário nacional levaram a um discurso que clamava pela massiva psiquiatrização dos bolsonaristas, demonstrando que ainda temos muito que dialogar com a sociedade como um todo. Também problematizamos a importância da saúde mental para a produção de outras formas de ser e existir rompendo com os lugares de horror que atualizam a violência dos navios negreiros.

No quinto e último capítulo, retomamos a importância do resgate dos saberes ancestrais que nos auxiliam a romper a ontologia do colonizador e fundamentar um horizonte forjado na encruzilhada. É a partir desse norte que apresentamos contribuições para uma Atenção Psicossocial que tenha uma base antirracista e decolonial. Romper com o modelo hegemônico da psiquiatria e seu maquinário exige um campo em permanente questionamento e, para isso, o cuidado em saúde mental precisa romper com o silenciamento, apagamento e homogeneização das experiências. Portanto, é pela delicadeza da ruptura e do agenciamento de novas práticas que se torna possível transformar o operador e o agente do cuidado para avançarmos. Para isso desenvolvemos a noção de clínica da delicadeza construída a partir de diferentes experiências práticas desenvolvidas em territórios de favela.

Esperamos proporcionar inquietações e contribuições demonstrando que a aniquilação da população negra atravessa todas as dimensões da vida social, e aqui, destacamos a saúde mental. Para isso torna-se necessário a ampliação do debate com diferentes saberes possibilitando desvelar as contradições basilares da sociedade brasileira. Uma excelente leitura!

## CAPÍTULO 1

# “FÁBRICAS DE MARGINAIS”

### O “NÃO-SER” (MULHER) NEGRA

**E**m outubro de 2007, o governador do Estado do Rio de Janeiro, Sergio Cabral, em entrevista concedida,<sup>6</sup> declarou que na favela da Rocinha o padrão de reprodução é o mesmo da Zâmbia e Gabão — países localizados no continente africano —, afirmando que ali existe uma “**fábrica de marginais**”, enquanto na Lagoa Rodrigo de Freitas, Tijuca e Copacabana, o padrão é o sueco. Tais argumentos foram apresentados para problematizar a legalização do aborto e a violência que atravessa a suposta “guerra às drogas”.

<sup>6</sup> Disponível em: <https://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL155710-5601,-00-CABRAL+DEFENDE+ABORTO+CONTRA+VIOLENCIA+NO+RIO+DE+JANEIRO.html>. Acesso em: 31 maio 2022.



Um outro ex-governador também pronunciou<sup>7</sup> algo semelhante, ao assumir o cargo público, em 2018. Wilson Witzel afirmou que a polícia não deveria ser responsabilizada por matar pessoas que portassem fuzis. Essa “licença para matar” teria o objetivo de reduzir o percentual de bandidos em circulação e para isso seria necessário “atirar na cabecinha e... fogo!”, logo não haveria possibilidade de deixar o indivíduo vivo.

De acordo com a pesquisa Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça (2011), coordenada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a população negra é predominante nas favelas brasileiras. Já no Atlas da Violência (2022), identifica-se que os negros são aqueles que morrem, majoritariamente, por homicídio, inclusive quando trabalhamos com as relações sociais interseccionalizadas, é possível demonstrar a predominância do assassinato negro a partir do sexo, da identidade de gênero, da orientação sexual, da geração e do território.

A tarefa de desvendar as bases dessas narrativas que produzem dor e sofrimento não é nada fácil, mas se faz urgente, principalmente para contribuir com a desnaturalização da produção do aniquilamento da população negra. Para Davis (2006, p. 107), “o luto é tão pessoal e privado quanto a nossa caligrafia. Cada pessoa tem seu próprio estilo de viver o luto”. Apesar das experiências de elaboração do luto e sofrimento atravessarem de maneira singular os indivíduos é preciso desvelar os efeitos deletérios das expressões do racismo *continuum* que marcam a vida e o cotidiano da população negra, e, aqui, damos ênfase às mulheres negras.

Segundo Kilomba (2019, p. 40), “o trauma das pessoas *negras* provém não apenas de eventos de base familiar, [...] mas sim do traumatizante contato com a violenta barbaridade do mundo *branco*”. A autora nos convoca a pensar os episódios de racismo cotidiano, expressos de diferentes maneiras — tanto pelo amor quanto pelo ódio —, representados não só no discurso, mas componentes de uma noção de humanidade, saber e poder que forjam a economia, a política, os valores ético-morais, a cultura, a arte, as

religiões e as relações sociais. Para isso, a autora denomina os efeitos deletérios do racismo *continuum* de trauma colonial.

Cotidianamente na realidade brasileira tem sido publicizado em noticiários e redes sociais situações de violência, prisões e mortes que envolvem a população negra. Tornou-se da ordem do comum esse tipo de informação levando a um não incômodo da população, sendo acompanhado tanto pela banalização da institucionalização e assassinato quanto pela produção de “cicatrizes psíquicas” (Kilomba, 2019) ocasionadas pelo racismo.

Dialeticamente não é possível desvincular as expressões do racismo sem compreender a conexão entre os seus efeitos subjetivos e materiais. Para Fanon (2020, p. 25), “se há um complexo de inferioridade, ele resulta de um duplo processo: econômico, em primeiro lugar; e, em seguida, por interiorização, ou melhor, por epidermização dessa inferioridade”. Dessa forma, “a realidade, [...], exige compreensão total. Uma solução deve ser apresentada tanto no nível objetivo quanto no subjetivo” (Fanon, 2020, p. 25).

Fanon é um autor de referência para trabalharmos a conexão dialética entre os efeitos deletérios subjetivos e objetivos do racismo. O intuito não é transportar a análise realizada e, sim, a partir de suas contribuições, identificar como na formação colonialista, racista, patriarcal, elitista e classista brasileira forjou-se uma determinada noção de negritude que moldou a experiência do “não-ser” (mulher) negra. Inclusive, Kilomba (2020) problematiza como Fanon usa o termo homem para explicar a experiência fenomênica de homens e mulheres, o que reafirma o silenciamento das mulheres negras.

“O negro não é um homem”. “O negro é um homem negro” (Fanon, 2020, p. 22). Ao analisar a sociabilidade colonial, Fanon (2020) identificou que o europeu construiu uma narrativa que o descreve como representação do humano, negando aos demais e tornando-o expressão do universal. Dessa forma, o colonizado foi caracterizado a partir da lente do branco alocando-o na “zona do não ser”, o que significa que houve uma fetichização colonial por meio da racialização da existência, promovendo a estratificação da humanidade. Logo, temos aqueles que são identificados como humanos e os que são animalizados e coisificados.

A violência colonial, não assumida como componente da sociabilidade burguesa (Faustino, 2022), cumpre algumas funções

<sup>7</sup> Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2018/11/01/a-policia-vai-mirar-na-cabecinha-e-fogo-afirma-wilson-witzel.htm>. Acesso em: 31 maio 2022.



importantes para o sucesso da dominação eurocentrada. São elas: 1) controle por meio de práticas institucionais; 2) destruição de valores, tradições e memórias dos povos colonizados; 3) expropriação econômica; 4) aniquilamento subjetivo; 5) afirmação de uma concepção de humanidade forjada pelo europeu/branco/burguês/masculino/cisheteronormativo.

Essa violência colonial ocorre de maneira “constante, contínua e cruel, sem pausa ou repouso, por uma dupla injunção: a de encarnar o corpo e os ideais do Ego do sujeito branco e a de recusar, negar e anular a presença do corpo negro” (Costa, 1983, p. 2). Como aponta Jurandir Freire Costa, a espinha dorsal da violência racista é a destruição da identidade do sujeito negro.

Ao tratar sobre os Antilhanos e Africanos, Fanon (1980) nos mostra como a colonização criou mecanismos que resultaram na padronização do ser negro a partir da racialização dos corpos, comportamentos, tradições, estética etc. O que se procura ao “englobar todos os negros no termo “povo negro” é arrebatar-lhes toda a possibilidade de expressão individual. O que ocasiona é obrigá-los a corresponder a ideia que já se faz deles” (Fanon, 1980, p. 21). Ou seja, significa que de certa forma todos os negros são parecidos e ligados, simplesmente por serem negros, levando a uma aniquilação da diversidade dos povos existentes e recriando uma outra identidade e subjetividade.

Já Quijano (2005), aponta que na colonização da América os colonos encontraram um grande número de povos diferentes, e cada um tinha sua própria história, linguagem, memória, identidade, cultura etc. “Trezentos anos mais tarde todos eles reduzem-se a uma única identidade: índios. Esta nova identidade era racial, colonial e negativa. Assim também sucedeu com os povos trazidos forçadamente da futura África como escravos”, o que significou que “no lapso dos trezentos anos, todos eles não eram outra coisa além de *negros*” (Quijano, 2005, p. 127).

As diferenças entre os negros foram distorcidas e tornadas homogêneas, impondo uma compreensão de si fetichizada pelo branco. Audre Lorde (2019, p. 240) nos alerta que “todos nós fomos programados para reagir com medo e ódio às diferenças humanas e a lidar com essas diferenças de determinada maneira”. A autora aponta que aprendemos a ignorar, imitar ou destruir, porém não

construímos modelos que nos levam a conviver com as diferenças. Precisamos nomear e identificar os efeitos disso.

Destacamos um elemento importante que Lorde (2019, p. 240) nos apresenta e se faz presente, inclusive, na realidade brasileira atual: “não falamos de diferença humana, mas de anormalidade humana”. É fundamental problematizarmos o quanto a medicina, em destaque, a psiquiatria, foi e tem sido parte da perpetuação da patologização das existências como forma de justificar as subalternações e a criminalização das diferenças. As diferenças foram patologizadas e transformadas em doenças. O que nos leva a indagar: o que é o normal e o patológico? Questão essa que será problematizada no segundo capítulo.

A distorção das diferenças rebate diretamente na imagem que o indivíduo constrói de si. A maneira como cada um constitui-se subjetivamente e objetivamente é atravessada e moldada pelas relações de gênero, raça, classe, sexualidade, território, geração etc. Contudo, os modos de vida e os processos de subjetivação foram apropriados e controlados (Quijano, 2005), e a própria concepção de loucura foi definida pela Europa, o que apagou e silenciou o sofrimento daqueles que são racializados como negros.

Segundo Neusa Santos Sousa (1983), não é possível tratar da formação social brasileira e da localização do negro, sem que seja analisada de maneira dialética a dinâmica do mosaico de afetos. As emoções do negro brasileiro foram construídas e determinadas pela subordinação social, política, econômica, cultural, religiosa, ética e moral. Para isso foi necessária a “sua assimilação aos padrões brancos de relações sociais”, além de uma “identidade renunciada, em atenção às circunstâncias que estipulam o preço do reconhecimento ao negro com base na intensidade de sua negação” (Sousa, 1983, p. 23).

A negação da existência negra passa pela destruição de memórias, tradições, valores, saberes, religiosidade, levando-o a rejeição de si e de tudo que foi caracterizado como sendo pertencente da negritude. Dessa forma, as relações afetivas e sexuais também sofreram reconfigurações a partir da violência colonial.

Lugones (2014) parte da compreensão de que a hierarquia dicotômica entre humano e não humano é elemento central da modernidade colonial, destacando que outras distinções marcam



as estratégias de civilização. Isso significa que apenas os representantes da civilização moderna são reconhecidos como homens e mulheres, uma vez que a população indígena e os africanos escravizados não possuem sua humanidade reconhecida. Dessa forma, a colonização da memória e das noções de si, faz que a normatização do gênero seja imposta e assimilada pelos colonizados, sendo parte da “desumanização constitutiva da colonialidade do ser” (Lugones, 2014, p. 938).

Retomando Quijano (2005, p. 117), “a ideia de raça, em seu sentido moderno, não tem história conhecida antes da América”. Ao criarem identidades sociais a partir da conotação racial e territorial, os colonizadores estabeleceram uma diferenciação humana pelos traços fenotípicos, sendo essa a base de legitimidade para a expansão das relações de dominação. Dessa forma, “a posterior constituição da Europa como nova id-entidade depois da América e a expansão do colonialismo europeu ao resto do mundo conduziram à elaboração da perspectiva eurocêntrica de conhecimento” (p. 118).

Por outro lado, o autor chama a atenção que na medida em que se estrutura controle e exploração do trabalho, dos recursos e da produção-apropriação-distribuição de produtos, instituiu-se, pela primeira vez, um “padrão global de controle do trabalho, de seus recursos e de seus produtos. [...] Desse modo, estabelecia-se uma nova, original e singular estrutura de relações de produção na experiência histórica do mundo: o capitalismo mundial” (Quijano, 2005, p. 188). Logo, as identidades historicamente construídas encontram-se associadas aos papéis e lugares atribuídos na dinâmica global do controle do trabalho, inclusive estabelecendo pela divisão social, sexual e racial do trabalho atribuições distintas afirmadas pela hierarquia dicotômica da humanidade.

Quijano (2005, p. 120) afirma que “o capitalismo mundial foi, desde o início, colonial/moderno e eurocentrado”, assim como a própria modernidade. Nos marcos da modernidade constituiu-se uma perspectiva e forma de produção de conhecimento que reproduz o padrão mundial de poder. Tal concepção de leitura de mundo acabou afirmando uma homogeneização das experiências; a destruição das identidades historicamente construídas antes da colonização; a distorção temporal dos fenômenos; a naturalização das diferenças humanas a partir da racialização da existência e o dualismo entre corpo e não corpo.

Em relação, especificamente, a relação dualista entre o corpo e o não-corpo, podemos assinalar que houve uma separação entre razão e corpo, gerando uma distinção entre racionalidade e emoção. Segundo Quijano (2005, p. 129), “produzida essa separação radical entre ‘razão/sujeito’ e ‘corpo’, as relações entre ambos devem ser vistas unicamente como relação entre razão/sujeito humana e o corpo/natureza humana, ou entre ‘espírito’ e ‘natureza’”. Essa noção forjada pela colonialidade do saber e do poder, atravessou as relações sociais estabelecendo diferenças não só raciais como também de gênero, constituindo hierarquizações a partir da raça, do gênero, da classe, da sexualidade, do território etc. Cabe destacar que essa distinção centrou na representação da racionalidade, destinando aos demais as emoções e o corpo.

Para Maldonado-Torres (2008) foi com base no debate sobre modernidade e colonialidade que emergiu a noção de colonialidade do ser, tendo uma profunda relação com o poder e o saber. Tal compreensão entende que nas dinâmicas de poder ocorreu a discriminação de pessoas que são oriundas de determinadas comunidades. Dessa forma, a noção de colonialidade do ser pode contribuir para constituir uma relação entre ser, espaço e história, abordando a questão do “ser-colonizado ou do condenado” (Maldonado-Torres, 2008, p. 96).

Fanon, em *Os condenados da terra*, afirma que “o colono faz do colonizado uma espécie de quintessência do mal. [...] Os costumes do colonizado, suas tradições, seus mitos, principalmente seus mitos, são a própria marca dessa indigência, dessa depravação constitucional” (Fanon, 2015, p. 58). As estratégias coloniais de destruição da humanidade dos povos colonizados negam ontologicamente a existência e produzem uma noção fetichizada de ser. Para os negros o que lhes resta é a assimilação do branco como ideal de humanidade e a busca pelo embranquecimento.

Ao produzir a colonialidade do saber, do poder e do ser não podemos deixar de abordar sobre a colonialidade do gênero. De acordo com Lugones (2020, p. 57), é preciso afirmar que a “colonialidade permeia todos os aspectos da vida social [...]. Ou seja, toda forma de controle do sexo, da subjetividade, da autoridade e do trabalho existe em conexão com a colonialidade”. A autora compreende que o gênero é uma imposição colonial, não sendo



apenas a distinção pelo sexo como também há uma diferenciação racial, o que nega a humanidade das colonizadas (Lugones, 2014).

Como uma das marcas do processo de civilização, estabelecido pela violência colonial, tivemos a subjetivação da compreensão dicotômica homens/mulheres centralizado em uma justificativa biologicizante e que afirma uma certa noção de cidadania e pertencimento social. Assim, “as fêmeas não brancas eram consideradas animais no sentido de seres “sem gênero”, marcadas sexualmente como fêmeas, mas sem características da feminilidade” (Lugones, 2020, p. 74).

A universalização do ser mulher destinou atribuições, papéis e promoveu a naturalização da essencialização de determinadas características como parte dessa identidade social. Tendo o “mito do amor materno” como pilar, a reprodução social foi-lhe designada devido a uma falsa noção de fragilidade, instabilidade e incapacidade. Apesar da diferenciação hierárquica entre homens e mulheres, estruturada pelas diferenças de sexo e assentadas no patriarcado, na misoginia e no machismo, o que gerou a secundarização da experiência das mulheres, chamamos a atenção de que essa identidade não é reconhecida para as colonizadas, aquelas não brancas. Ao mesmo tempo em que é negado o lugar de mulher, há uma cobrança contraditória para a assimilação das responsabilidades, papéis e atribuições destinados.

Em discurso pronunciado por Sojourner Truth, mulher negra liberta, durante a Convenção dos Direitos das Mulheres, em Akron, Ohio, em 1851, indagou: “Eu não sou uma mulher?”. O mais famoso de seus discursos é apresentado como pilar do feminismo negro, sendo retomado por diferentes intelectuais negras. Nele foi questionado a naturalização de uma suposta fragilidade feminina que nunca foi reconhecida para as mulheres negras, além de problematizar sobre as atitudes racistas das mulheres brancas em relação as reivindicações para os direitos das mulheres (Davis, 2016).

Na realidade brasileira, as mulheres negras vivenciam cotidianamente a negação da humanidade, bem como da maternidade e da experiência do ser mulher, sendo parte das engrenagens que estruturam as bases econômicas, políticas, sociais e culturais do país. Por mais que o “mito do amor materno” tenha sido assimilado e introjetado pelas mulheres negras, não é possível vivenciá-lo, já que o projeto estabelecido para as não brancas é a destruição e a negação da maternidade, do ser mulher e da humanidade, o que

faz parte das estratégias de produção e reprodução do sofrimento e da violência pertencentes as manifestações do patriarcado e do racismo componentes estruturais e estruturantes do capitalismo.

## CUIDADO COLONIAL OU COLONIALIDADE DO CUIDADO?

**M**oradora da favela de Manguinhos, localizada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, Janaína Soares, já tinha perdido o marido em um assalto, e, em 2015, também viveu a perda do filho. Seu filho mais velho, de 13 anos, jogava bola no campinho quando foi atingido por um tiro, ocasionado por operação policial na comunidade. Depois de três anos em sofrimento veio a falecer de **tristeza**. De acordo com os depoimentos concedidos ao jornal *O Globo*,<sup>8</sup> a família relatou que Janaína estava deprimida e mudou drasticamente após a morte do filho.

Adriana Pires da Silva é mãe de Carlos Eduardo da Silva Souza, de 16 anos, um dos cinco jovens assassinados com mais de cem tiros disparados pela polícia no dia 25 de novembro de 2015, em Costa Barros. Os rapazes, todos negros e com idades entre 15 e 25 anos, voltavam para casa após comemoração do primeiro emprego de um deles, quando o carro em que viajavam foi metralhado pela polícia. Além do ataque desproporcional, os policiais ainda tentaram incriminar os jovens, alterar a cena do crime e suprimir provas. Adriana, devastada, **já tentou suicídio três vezes** desde a morte de seu filho.<sup>9</sup>

Joselita de Souza, mãe do menino Roberto, 16 anos, também morto por PMs na Chacina de Costa Barros, teve sua vida tirada pela

8 Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/11/07/mac-que-perdeu-filho-baleado-por-pm-morre-apos-softer-com-depressao-por-3-anos-e-sem-ver-fim-da-investigacao.ghtml>. Acesso em: 7 jun. 2022.

9 Depoimento extraído do Dossiê “A situação dos direitos humanos das mulheres negras no Brasil: violências e violações” que é o resultado de um trabalho conjunto do Geledés – Instituto da Mulher Negra e Criola – Organização de Mulheres Negras, sob a coordenação de Nilza Iraci e Jurema Werneck. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/situacao-dos-direitos-humanos-das-mulheres-negras-no-brasil-violencias-e-violacoes/>. Acesso em: 7 jun. 2022.



dor da perda. Segundo familiares, em entrevista ao jornal *O Globo*,<sup>10</sup> o motivo da morte, ocorrida no dia 7 de julho de 2019, foi **tristeza** pela falta do filho e de Justiça, diante das evidências do crime. Joselita era cabeleireira e, segundo a família, nunca teve problemas de saúde e sempre foi muito alegre. O filho Roberto morou com ela até os 10 anos, depois passou a viver com o pai, mas conversava com a mãe todos os dias. Ele havia começado em um emprego e prometido para Joselita que lhe daria um presente com o primeiro salário que recebeu do programa Jovem Aprendiz, no dia de sua morte.

De acordo com o *Atlas da Violência* (IPEA, 2022), é um fenômeno global que homens jovens e adultos são mais propensos a serem vítimas de homicídios. Na realidade brasileira os dados já demonstram que a violência é a principal causa de mortes dos jovens entre 15 a 29 anos. O que vem ocorrendo é a intensificação desse fenômeno, sendo protagonizado pelas operações policiais.

No Relatório Anual, publicado pelo Instituto Fogo Cruzado, identificou-se que na região Metropolitana do Rio de Janeiro, houve 17 crianças e 43 jovens baleados, sendo que 4 crianças e 15 adolescentes não resistiram e morreram. O material revela que há uma naturalização dos homicídios como parte do cotidiano da realidade somando, em 2021, um total de 61 chacinas, tendo as ações ou operações policiais como responsáveis por três a quatro chacinas na região.

Para Flauzina (2017), o braço armado do Estado é um dos instrumentos de controle e extermínio da população negra no país, o que, representa uma plataforma genocida de Estado. Segundo a autora, o sistema penal brasileiro é regulado pelo racismo que dita a intensidade das intervenções formando as estratégias de controle dos corpos e subjetividades, inclusive decidindo quem morre e quem vive. Tal aspecto é **basilar** das estratégias de colonização utilizadas pelos europeus e que fazem parte dos traços constitutivos da formação social brasileira.

Zaffaroni (apud Flauzina, 2017) destaca que a colônia é um lugar de sequestro, sendo parte delas as “instituições de sequestro” que submeteram os colonizados aos modos de vida e de subjetiva-

ção do colonizador. Dessa maneira, a finalidade sempre foi produzir enquadramento e padronização para a reprodução do exercício de poder e dominação. Para isso os negros foram conformados ao trabalho compulsório e naturalizados ao lugar de subserviência, sendo tal processo iniciado já no sequestro ocorrido no continente africano.

bell hooks (2019) assinala que ao serem colocados a bordo de um navio, mulheres e homens africanos eram marcados com ferro quente. Havia um chicote denominado de “gato de nove caudas” que foi usado para açoitar aqueles que gritassem ou resistissem à tortura. “O estupro era um método comum de tortura usado pelos escravizadores para subjugar negras recalcitrantes. A ameaça de estupro e de outras violências físicas causava terror psíquico nas africanas que haviam sido deslocadas” (bell hooks, 2019, p. 41). Os escravizadores violentavam as crianças para assistir o sofrimento da mãe e promover ridicularização e desprezo. Para Sueli Carneiro (1995, p. 546), “o estupro colonial da mulher negra pelo homem branco no passado e a miscigenação daí decorrente criaram as bases para a fundação do mito da cordialidade e da democracia brasileira”.

bell hooks (2019) considera que para as mulheres africanas era destinada a pior parte dessa violência em massa. Isto ocorria “não somente porque poderiam ser vitimadas pela sexualidade, mas também porque eram mais propensas a trabalhar intimamente com a família branca do que os homens negros” (bell hooks, 2019, p. 44). A mulher negra teria funções na casa-grande e por isso era crucial que fosse tão aterrorizada para se submeter passivamente aos desejos e vontades do senhor, da senhora e das crianças brancas. “A fim de tornar seu produto vendável, o escravizador precisava garantir que nenhuma criada negra recalcitrante envenenasse a família, matasse crianças, incendiasse a casa ou oferecesse resistência de qualquer outra forma” (bell hooks, 2019, p. 44).

Giacomini (1988), ao analisar especificamente a realidade brasileira, aponta que para compreendermos a composição e a formação do proletário é necessária uma análise das transformações dos negros e negras escravizados/as em trabalhadores livres e, também, da herança deixada pela escravidão para as mulheres negras. Para a autora é primordial uma reelaboração da história da escravidão brasileira e da compreensão das raízes históricas da situação atual da mulher negra no Brasil. Portanto, a forma como está colocada a existência da

<sup>10</sup> Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/o-adeus-de-joselita-mae-de-meni-no-morto-em-costa-barros-19680236>. Acesso em: 7 jun. 2022.



mulher negra e do sofrimento a ela destinado na contemporaneidade vinculam-se as bases colonialistas, racistas, patriarcais, elitistas e clasistas que sustentam a formação social brasileira.

Conforme desenvolvemos anteriormente, para a mulher negra é negada a sua condição de mulher, já que sua humanidade é inexistente e, por isso, reduzida ao lugar de “fêmea” e reprodutora. Em seu estudo, Giacomini (1988) nos mostra como o colonialismo brasileiro produziu a negação da maternidade para o “não-ser” (mulher) negra. Apesar da maternidade estar vinculada as características consideradas femininas é necessário destacar que a mulher negra foi coisificada e animalizada, logo, a sua maternidade foi mercantilizada e negada como escolha e direito. “A palavra mãe refere-se exclusivamente a uma relação entre mulher branca e seus filhos. Quando a escrava é a mãe, ela é a mãe-preta, ou seja, a ama-de-leite da criança branca” (Giacomini, 1988, p. 34).

Segundo Gonzalez (1984), é preciso desvelar os efeitos violentos do racismo e do sexismo sobre as mulheres negras. O lugar de mucama, aquela que realizava a prestação de bens e serviços no interior da casa grande, destinou as mulheres negras a serem o “burro de carga que carrega sua família e a dos outros nas costas” (Gonzalez, 1984, p. 230). Dessa forma, o trabalho doméstico sempre integrou o lugar social designado como parte substancial do existir mulher negra, tornando-se componente da dinâmica da sociabilidade brasileira e da imagem social projetada.

Entretanto, o trabalho nunca foi apenas organizar e limpar o espaço doméstico, coube também ser a mãe-preta, aquela que “dá banho, que limpa cocô, que põe pra dormir, que acorda de noite pra cuidar, que ensina a falar, que conta história”, logo, “a branca, a chamada legítima esposa, é justamente a outra que, por impossível que pareça, só serve pra parir os filhos do senhor. Não exerce a função materna. Esta é efetuada pela negra. Por isso a “mãe preta” é a mãe” (Gonzalez, 1984, p. 235). Para Giacomini (1988) ocorreu um privilegiamento do potencial produtivo em detrimento do reprodutivo da mulher negra.

Ao mesmo tempo que se constituiu e designou esse papel e atribuição de mãe preta, negou-se a maternidade como parte de um projeto de vida, ou seja, admitiu-se realizar o cuidado para a criança branca ao mesmo tempo que era inviável gestar, parir e maternar o

seu próprio filho. Podemos dizer que ao negar a maternidade das mulheres negras foi inviabilizado o cuidado para a criança negra, levando-a quase sempre à morte. As mulheres negras escravizadas que tinham filhos eram vendidas ou alugadas como mercadoria-escrava-leiteira ou ama de leite. “As crianças seriam de pouca ou nenhuma utilidade aos senhores que alugavam ou compravam escravas para o serviço doméstico, além de representarem um custo suplementar” (Giacomini, 1988, p. 54).

Um outro ponto importante diz respeito a constituição da família que é “algo inacessível aqueles que não possuem nem a si próprios”, ou seja, “livre para decidir sobre o conjunto da vida do escravo, os interesses do senhor parecem ter sido incompatíveis com a existência de uma família escrava no Brasil” (Giacomini, 1988, p. 29). A negação da humanidade das mulheres e homens negros implicou diretamente na construção de suas subjetividades, sendo elas violadas, ignoradas, coisificadas, além das relações entre eles — mulheres e homens, mães e filhos, pais e filhos — serem negadas. “Desta forma, ao incorporar a negra ao ciclo reprodutivo da família branca, a escravidão reafirmava a impossibilidade para os escravos constituírem seu próprio espaço reprodutivo” (Magalhães & Giacomini, 1983, p. 81).

Uma análise interseccionalizada nos permite reconhecer e identificar que a distribuição e manutenção do trabalho do cuidado está vinculada as determinações de gênero, raça e classe. Ao analisarmos a experiência do “não-ser” (mulher) negra, a funcionalidade do seu lugar na reprodução social está coisificada, não sendo mulher e nem mãe, podendo apenas promover o bem-estar e o cuidado da família e das crianças brancas. Logo, denominamos de **cuidado colonial** essa atribuição e designação desempenhada pelas negras escravizadas.

O cuidado colonial foi forjado e instituído no contexto da colonização, sendo parte do projeto de dominação. Para impor a sujeição foi necessário a destruição de uma memória coletiva das práticas de cuidado, bem-estar e afetos estabelecidas em tradições africanas. A violência consiste como estratégia central para a constituição, imposição e reprodução de novas práticas relacionais.

Importante dizer que partimos da compreensão de que o **cuidado** é uma necessidade ontológica do ser social. A “satisfação” das



necessidades do ser social aparece como produção da vida, tanto da própria, como da alheia, através da conexão materialista entre os indivíduos. Ou seja, para que tenhamos a reprodução, a continuidade e a existência da humanidade é preciso que ocorra a cooperação entre os indivíduos. Nesse processo, existem aqueles que não conseguem ou não podem suprir as suas necessidades ontológicas primárias, o que os coloca como “dependentes” de um outro. Definimos o cuidado como sendo essa interdependência entre os seres humanos, já que ao mesmo tempo há a necessidade do indivíduo para existir e a ação para suprir (Passos, 2018a; Passos, 2018b).

Para assegurar a reprodução é necessário que alguns trabalhem para garantir a existência de outros e, para isso, na sociedade capitalista estabeleceu-se a distribuição das tarefas a partir da divisão social, sexual e racial, sendo o trabalho doméstico e de cuidados designado para as mulheres e constitutivo da reprodução social. O cuidado, que é uma necessidade ontológica do ser social, acabou assumindo o sentido de atribuição feminina, tornando-se parte dos comportamentos, atribuições e características que devem ser ensinados e reproduzidos pelas mulheres.

Além disso, foi esvaziado o sentido de reconhecer que é trabalho, sendo executado nesse processo de cooperação. Dessa forma, as tarefas e ações realizadas para suprir as necessidades humanas foram designadas para as mulheres como componentes da “natureza” feminina, sem valor de troca e com status de atividade subalterna, posto que, o seu objetivo é de possibilitar a reprodução dos modos de vida social. Logo, instituiu-se nas relações sociais o que denominamos de **cuidado feminino**.

Na realidade brasileira é extremamente difícil delimitarmos, no interior da esfera reprodutiva, a diferença entre trabalho doméstico e de cuidados, devido aos atravessamentos de gênero, raça e classe nas dinâmicas relacionais. Ou seja, mesmo que o mito do amor materno tenha sido moldado a partir da experiência das mulheres brancas, podemos dizer que as implicações rebatem diretamente na constituição e no lugar social do “não-ser” (mulher) negra. Como na casa grande instituiu-se uma divisão social, sexual e racial do trabalho doméstico e de cuidados, podemos afirmar que a partir da negação ontológica do existir mulher negra foi-lhe designado e essencializado o lugar de mãe-preta, ama de leite e mucama.

Diante disso, mesmo com o fim da escravidão e com a propagação do discurso científico de que as mulheres brancas deveriam maternar seus filhos e gerenciar o lar (Freire, 2009), as negras continuaram exercendo o trabalho doméstico e de cuidados, sendo remunerado ou não, reconhecido ou não, protegido legalmente ou não. Houve implicações diretas tanto no acesso aos direitos trabalhistas — seja para as trabalhadoras domésticas ou as trabalhadoras do cuidado/ cuidadoras — quanto na imagem social de que todas as mulheres negras devem exercer tarefas, atribuições e papéis vinculados ao que se caracterizou como essência do “não-ser” (mulher) negra. É como se todas as mulheres negras tivessem o perfil para determinados tipos de trabalhos e ocupações.

Essa desigualdade pode ser identificada através dos dados publicizados pelo IBGE (2021) expressas na publicação *Síntese dos Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. No relatório é possível constatar, que entre os anos 2019 e 2020, das ocupações por nível de instrução a população mais pobre foi a que mais sofreu, sendo as mulheres e os negros (pretos e pardos) os que estão sendo drasticamente impactados pelas reduções. Em relação as taxas de pobreza, o relatório comprova que a população negra é mais do que o dobro de brancos em situação de extrema pobreza, sendo as mulheres negras as que mais apresentaram incidência de pobreza e extrema pobreza.

Na pesquisa realizada para o doutoramento (Passos, 2018a) identificamos que das 258 trabalhadoras do cuidado/ cuidadoras que trabalhavam nos serviços residenciais terapêuticos do município do Rio de Janeiro, no ano de 2014, 72% eram negras e 26% brancas. Ou seja, foi possível comprovar que majoritariamente as mulheres negras exercem o trabalho de cuidadoras na política de saúde mental. Em pesquisa realizada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e noticiada pelo jornal *O Dia* em 2014, o pesquisador e economista Marcelo Paixão apontou que no país, a cada cinco mulheres negras no mercado de trabalho, uma trabalha como empregada doméstica, o que significa que são 20%. Para o pesquisador este é um percentual relevante, porque “é mais ou menos o percentual coletado no Censo de 1872, antes da Lei Áurea: 25% das escravas trabalhavam como domésticas” (Paixão, 2014).



Nesse caminho, é necessário compreendermos como o cuidado e o trabalho do cuidado — sendo remunerado ou não — são colocados para dimensionarmos as experiências das mulheres negras brasileiras. Por um lado, temos a convocação quase que compulsória para a execução do trabalho de cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é negado para a população negra como um todo. Dessa forma, identificamos que existe uma certa funcionalidade do “não-ser” (mulher) negra na reprodução das forças produtivas brancas na sociabilidade capitalista contemporânea.

Destacamos que a colonialidade é marca latente dos modos de vida da sociedade, sendo perpetuada através da relação colonial que é parte constitutiva da formação social, econômica, política, ética e estética da realidade brasileira. Assim, mesmo com o fim do colonialismo as expressões do cuidado colonial ganham novos contornos e manifestações nas diferentes dimensões da vida social na cena contemporânea e aqui denominamos de **colonialidade do cuidado**. Tal noção diz respeito a uma compreensão da experiência das mulheres negras forjada no pós-abolição e que perpetua práticas de longa duração histórica (Costa, 2002). A seguir elencamos três elementos constitutivos da colonialidade do cuidado.

No primeiro momento há uma introjeção da autoilusão do desejo de ser mãe, incorporado a partir do mito do amor materno e encarnado através da sociabilidade branca. Contudo, será no processo de constituição do ser mãe que a mulher negra descobrirá que é um “não ser” e passará a ter um encontro com uma “região extraordinariamente estéril e árida” (Fanon, 2008, p. 26). Esse lugar estéril e árido foi destinado pela branquitude para o negro e, na tentativa de (re)existir, a mulher negra sofre com os sinais de que não pode ocupar esse lugar.

O segundo momento é a descoberta de que o corpo negro é matável e exterminável. Existe uma autorização do extermínio estruturada na concepção — que compõe o inconsciente coletivo — de que o negro é inferior. A colonialidade objetificou a corporalidade negra negando sua humanidade, individualidade e interioridade, reduzindo a existência negra aos instintos selvagens (Bernardino-Costa, 2016).

O terceiro e último diz respeito ao fato de a mulher negra ser objeto estereotipado. As práticas discursivas racistas e sexistas pro-

pagam no imaginário social a concepção de que as mulheres negras possuem uma capacidade de suportar a dor muito maior do que as outras. Cabe destacar que esse mito se manifesta cotidianamente na experiência do “não-ser” (mulher) negra que sempre precisou gerir as perdas dos filhos, companheiros, familiares e permanecer realizando o trabalho de reprodução social para a perpetuação da família branca. Como objeto estereotipado há um lugar social importante para o funcionamento das forças reprodutivas tendo como preço a destruição do seu corpo, da sua subjetividade e da negação de projetos de vida.

Segundo Segato (2021, p. 238), nas práticas de longa duração histórica é possível afirmar que ocorreu uma “infiltração da maternidade pela racialidade e da racialidade pela maternidade. Dá-se uma retroalimentação entre o signo racial e o signo feminino da mãe”. Ou seja, para a autora, a objetificação da maternidade negra foi delineada a partir dos interesses de dominação branca e patriarcal, tornando-se parte de um projeto de sociedade. Contudo, com as pressões dos higienistas, que já ocorriam na metade do século XIX, houve mudanças significativas, em especial, com as mães de leite de origem africana.

Questionava-se a herança transmitida pelo cuidado e pelo leite materno ofertado por uma mãe-preta ou ama de leite, o que impregnaria de negritude a criança branca. De acordo com Segato (2021), ocorreu uma sobreposição entre herança do leite com a herança de sangue, tornando necessário combater o inimigo. O higienismo ofereceu possibilidades para a elite branca encontrar caminhos e avançar com os ideais modernos que culminam na “supressão da figura da mãe não branca” (Segato, 2021, p. 239). Portanto, o projeto de modernidade colonial nega qualquer relação materna afetiva para a população negra, seja na relação com brancos ou negros.

Suely Gomes Costa, em seu artigo *Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva* (2002), desenvolve a noção de maternidade transferida como parte de atribuições compartilhadas entre as mulheres sendo práticas de longa duração histórica, inclusive forjadas pelas relações raciais. Costa (2002, p. 305) assinala sobre as “vantagens da maternidade transferida de mães para as amas-de-leite, presentes na vida social desde os primórdios coloniais”. Além disso, demonstra que mulheres negras

escravizadas “sempre tiveram muitos afazeres nas ruas, tantas vezes extensões de obrigações domésticas” (p. 306). Dessa forma, podemos observar que a maternidade negra brasileira e suas atribuições, tarefas e papéis constituiu-se para beneficiar as “boas famílias”.

Consideramos que existe uma marca do imbricamento entre racismo, sexismo e classismo na constituição do “não-ser” (mulher) negra que faz parte da composição do trauma psicossocial colonial e, que, tem rebatimentos nos processos de subjetivação da população brasileira. Tal marca é uma ferida aberta permanente e vem sendo cutucada cotidianamente por meio das múltiplas expressões da violência estrutural. Ou seja, há uma produção de sofrimento das mulheres negras que compõe as formas de controle, submissão e sujeição para que continuem permanentemente servindo a família branca, ao mesmo tempo que são impedidas de terem seus laços e afetos.

Ressaltamos que os fenômenos de aniquilamento que atravessam a vida das mulheres negras vinculam-se aos componentes estruturantes e estruturais do capitalismo e possuem contornos particulares na realidade brasileira. Nesse sentido, a destruição de tudo que está vinculado as tradições, valores, estética, ética, moralidade e religiosidade da população negra é componente da engrenagem política, econômica, social, ética, cultural etc., sendo a mulher negra alvo permanente, já que é pelo seu ventre, colo, cuidado e afeto se perpetua o que se quer negar. É fundamental compreendermos como a racionalidade moderna colonial produziu instituições, saberes e práticas que estabeleceram formas permanentes de controle, sujeição e devastação, possibilitando a produção do lucro e contribuindo para a sustentação do poder europeu/branco/burguês/masculino/cisheteronormativo.

## CAPÍTULO 2

# “CRIMES DA PAZ”

## PSIQUIATRIA, COLONIALISMO E RACISMO

**E**m abril de 2021, foi publicado pelo jornal *The New York Times* uma matéria que trazia o desconforto e o reconhecimento da psiquiatria americana na propagação do racismo. Em sua gênese era divulgada a crença de que os negros tinham uma forma branda de lepra devido a sua cor. Já nos anos 1970, o medo racista contribuiu com a patologização e medicalização dos corpos negros através da propagação da noção de sujeitos perigosos, sendo reforçado o uso de haloperidol para controlar. Dessa forma, em nota pública, a Associação de Psiquiatria Americana (APA), grupo de 176 anos, pediu desculpas por seu passado racista.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Disponível em: <https://noticias.plu7.com/1282/internacional/a-psiquiatria-confronta-seu-passado-racista-e-tenta-fazer-as-pazes/>. Acesso em: 2 ago. 2022.



Já no mês de outubro, a Associação Americana de Psicologia, após reunião do seu Conselho, veio a público, por meio de nota, assumir e desculpar-se por ter sido cúmplice em contribuir com a perpetuação do racismo, da discriminação racial e da difamação das comunidades negras. Assim, a Associação reconheceu seu papel na manutenção do racismo sistêmico e no fracasso de uma determinada psicologia.<sup>12</sup>

Ambas as manifestações públicas não podem ser descoladas da realidade e dos múltiplos movimentos ocorridos nos Estados Unidos. O crescimento de profissionais e intelectuais negros nos espaços de formação e pesquisa contribuem para demonstrar o quanto os saberes e poderes precisam ser questionados em relação ao compromisso social e político. Importante salientar que a Associação de Psiquiatria Americana se tornou a principal referência internacional em termos de nosologia psiquiátrica a partir dos anos 1980, a ponto de interferir na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Como consequência houve a medicalização e judicialização da vida, a mercantilização da psiquiatria e a ampliação do uso do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação de Psiquiatria Americana como referência no Ocidente. (Ramos, 2014). Portanto, é possível identificarmos o quanto a psiquiatria americana contribuiu para a propagação do racismo e, ainda que reconheça sua funcionalidade na reprodução da discriminação, continua servindo para patologizar e medicalizar os “condenados da terra”.

Em relação ao caso brasileiro, já vem sendo constatado o aumento do consumo de psicotrópicos nos últimos anos, não estando desatrelado as condições de vida da população. Segundo reportagem publicada pelo portal R7, as farmácias vendem em média 123 caixas de calmante por dia no Brasil. As informações foram obtidas do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que demonstram, durante os anos de 2014 a 2021, o aumento das vendas dos seguintes ansiolíticos: alprazolam (Frontal), bromaze-

pam (Lexotan), clonazepam (Rivotril), diazepam (Valium) e lorazepam (Lorax).<sup>13</sup> O Conselho Federal de Farmácia (CFF), realizou levantamento e identificou, que nos primeiros meses de 2021, ocorreu um aumento significativo nas vendas de antidepressivos e estabilizadores de humor<sup>14</sup>. Apesar do crescimento estar atrelado ao cenário da pandemia de Covid-19, é preciso atentar-se para o aprofundamento das desigualdades, das péssimas condições de vida, da fome, da pobreza e, também, das expressões do racismo.

De acordo com Smolen & Araújo (2017), existem poucos estudos que estão debruçados para analisar a relação entre raça/cor da pele e saúde mental no Brasil, por isso, realizaram uma revisão sistemática da literatura dos estudos publicados nas plataformas PubMed e Lilacs. Os autores identificaram que há uma perspectiva teórica que entende que a exposição ao estresse ocasionado pelas discriminações pode ser um mecanismo causal para transtornos mentais. Ou seja, segundo Williams et al. (apud Smolen & Araújo, 2017, p. 4.022), “raça pode influenciar a exposição ao estresse por dois caminhos: 1) estresse ligado à estrutura social, status social, e papéis sociais, e o estresse causado pelo fato de que raça é um determinante de posição socioeconômica; 2) o estresse ligado às experiências de discriminação e racismo”.

Identificou-se nas produções que existe maior prevalência de transtornos mentais nas pessoas não brancas. Isso não significa que existe relação biológica entre raça e saúde, o que não tem “uma base biológica para a associação entre raça e saúde mental” (Smolen & Araújo, 2017, p. 4.026). Para os autores, “a experiência da discriminação é igualmente nociva à saúde de todo mundo, mas a população negra sofre uma carga maior dos desfechos associados com a discriminação porque essa população tem uma maior probabilidade de sofrer experiências de discriminação” (Smolen & Araújo, 2017, p. 4.028).

O sofrimento e/ou adoecimento psíquico produzido pelas expressões do racismo estrutural podem ser identificados, por exemplo, nas expectativas dos projetos de vida da juventude negra

13 Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/farmacias-vendem-em-media-123-mil-caixas-de-calmantes-por-dia-no-brasil-03032022>. Acesso em: 4 ago. 2022.

14 Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6428>. Acesso em: 4 ago. 2022.

12 Disponível em: [https://www.apa.org/news/press/releases/2021/10/apology-systemic-racism?utm\\_source=twitter&utm\\_medium=social&utm\\_campaign=apa-press-release-racism&utm\\_content=apology-systemic-racism](https://www.apa.org/news/press/releases/2021/10/apology-systemic-racism?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=apa-press-release-racism&utm_content=apology-systemic-racism). Acesso em: 2 ago. 2022.



brasileira. O Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília publicaram o relatório “Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros (2012-2016)”, demonstrando que tivemos 11 mil suicídios na população em geral dentro do período analisado, sendo 3.043 de adolescentes e jovens, colocando o suicídio como quarta causa de morte nesses grupos etários. Segundo o relatório, “para os adolescentes e jovens negros, a primeira causa de morte são os homicídios, seguida dos acidentes (incluindo acidentes de trânsito), neoplasias malignas e o suicídio” (Brasil, 2018, p. 5). Ressaltamos que o suicídio é um problema de saúde pública e não pode ser reduzido como uma questão meramente individual e, sim, parte dos modos de vida da sociedade contemporânea e de como os fenômenos sociais impactam nos processos de subjetivação.

Nesse caminho, o intuito desse capítulo é poder apresentar elementos que problematizem a psiquiatria como saber, poder e maquinário constituído na modernidade, sendo forjada a partir de bases colonialistas, racistas, patriarcais e capitalistas. Não é possível afirmarmos uma concepção de saúde mental antirracista sem recuperarmos os fundamentos da psiquiatria, já que a hegemonia das práticas e dos serviços ainda são fundamentados e justificados (quase que exclusivamente) por este saber/poder, destituindo os demais de sua importância e potência, afirmando uma hierarquização do conhecimento e do cuidado em saúde mental.

Um primeiro ponto que desejamos explorar diz respeito a compreensão de normalidade e de patológico e, para isso, recuperamos Audre Lorde para falarmos das armadilhas das diferenças que são justificadas pelos múltiplos saberes, dentre eles a psiquiatria. De acordo com Lorde (2019, p. 239), “grande parte da história da Europa ocidental nos condiciona a ver as diferenças humanas segundo uma oposição simplista: dominante/subordinado, bom/mau, no alto/embaixo, superior/inferior”. Essa simplificação reduz e padroniza as múltiplas formas de existir a partir de uma noção colonial de ser delineada pela Europa.

A constituição de saberes e práticas que justifiquem as diferenças foram fundamentais para propagar a narrativa hegemônica de que a concepção de homem universal, europeu/branco/burguês/masculino/cisheteronormativo, é a representação ideal da humanidade e que aqueles que fogem a regra, os diferentes, apresentam

alguma anormalidade e necessitam de correção, adequação ou cura. Criou-se instituições que justificassem as estratégias de controle dos corpos e subjetividades, já que não existe diferença para o homem universal e, sim, anormalidade. Dessa forma, aprendemos a odiar e a temer as diferenças humanas e lidarmos da seguinte maneira: “ignorá-las e, se isso não for possível, imitá-las se acharmos que são dominantes, ou destruí-las se acharmos que são subordinadas” (Lorde, 2019, p. 240).

Podemos dizer que a oposição razão e desrazão também compõe a redução simplista das diferenças. Conforme assinala Quijano (2005), há uma separação radical entre “razão/sujeito” e “corpo”, distinguindo racionalidade e emoção a partir das localizações na “zona do ser” e na “zona do não ser” (Fanon, 2008). Ou seja, a razão é parte daqueles que são identificados como humanos e os demais, os não humanos, que agem por impulsos da natureza, ficam reduzidos as experiências corporais. Essas distinções foram constituídas pela colonização da Europa nas Américas, nomeando as múltiplas experiências e produzindo as hierarquizações das diferenças, impondo o seu conhecimento, as suas tradições e concepções de mundo como ideal de humanidade, de saber e poder (Quijano, 2005).

Costa (1983) problematiza que o modelo de identificação normativo-estruturante apresentado para o negro é o do fetiche branco, o que significa que suas diferentes realidades psíquicas, econômicas, sociais e culturais foram tornadas uniforme e universal. Logo, a forma de pensar, desejar, existir foram moldadas pelo fetiche branco e assimiladas pelos negros. Portanto, há uma violenta produção de sofrimento que faz parte da estrutura da sociedade e reproduzida pelas instituições e relações sociais.

Dessa forma, partimos do entendimento que a própria concepção de loucura e as experiências de sofrimento e adoecimento psíquico são atravessadas pelo fetiche do homem universal como modelo de racionalidade e sanidade. E aqui não estamos negando a experiência de sofrimento e adoecimento psíquico, mas fazendo um esforço de decolonizar a produção do cuidado em saúde mental a partir de um olhar que destitui a psiquiatria como resposta basilar. Inclusive, vale destacar que dentro do próprio hospício constituiu-se as diferenças de tratamento e de abordagem a partir das distinções étnico-raciais (Fanon, 1980; 2020a).



Na carta de demissão endereçada ao Ministro Residente, Fanon (1980) denunciou a funcionalidade da psiquiatria como técnica de sujeição e dominação colonial. Já em *Medicina e Colonialismo*, o autor assinala o quanto a medicina foi um dos traços mais trágicos da colonização na experiência argelina. Além da presença militar e da imposição de um sistema policial, o colonialismo legitimou sua existência e ocupação através das práticas médicas, que não só atuava na vigilância dos corpos como também “se instala[va] pela força e não tolera[va] a presença de nenhum elemento tradicional” (Fanon, 2020a, p. 11). Assim, os conhecimentos e as práticas de cuidado, oriundos dos povos tradicionais, foram negados como ciência, além de tratarem os colonizados como animais. Portanto, “o médico também é um colonizador” (Fanon, 2020a, p. 23).

Em pesquisa realizada por Barros et al. (2014), a partir do Censo Psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, constatou-se que havia uma proporção maior de negros internados. O levantamento foi realizado em 2008 e identificou 6.249 pessoas residentes em 56 hospitais psiquiátricos, e 27,4% da população do estado se autodeclarava preta e parda e entre os moradores o percentual foi de 38,36%. Logo, foi possível demonstrar que proporcionalmente havia mais negros internados nos hospícios do que fora dele. Isso significa que a população negra é ontologicamente louca, insana e perigosa?

Diante de tal indagação, é necessário seguirmos questionando o paradigma de normalidade imposto pela modernidade e, para isso, vamos ao segundo ponto. Para o ocidente a Revolução Francesa é um marco importante, principalmente quando tratamos das bases da psiquiatria e da loucura. Amarante (2007) assinala que o hospital foi sofrendo sua medicalização, saindo de um espaço assistencial caritativo e tornando-se um lugar de tratamento médico, sendo a internação determinada pelas autoridades.

“Em consonância com o lema Igualdade, Liberdade e Fraternidade, que guiou o ideal revolucionário, todos os espaços sociais deveriam ser democratizados. Foi assim que os hospitais passaram a ser objeto de profundas mudanças” (Amarante, 2007, p. 25). Ao mesmo tempo, criou-se os orfanatos, reformatórios, casas de correção, escolas normais, centro de reabilitação, o que reordenou a funcionalidade do hospital restringindo-o a tratar dos doentes. Para o autor, foi com

este processo que ocorreu a medicalização do hospital e a absorção da medicina para prática predominantemente hospitalar.

Com isso, o espaço hospitalar tornou-se um laboratório de observação, acompanhamento, tratamento, disciplina e produção do saber, ao mesmo tempo que “este saber referia-se a uma doença institucionalizada, isto é, a uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização” (Amarante, 2007, p. 26). As instituições também ganharam um papel importante nesse momento que foi a normatização e normalização dos corpos e subjetividades, tendo como subsídio a noção de cidadania.

Phillipe Pinel, conhecido como o pai da psiquiatria, teve um importante papel na “primeira classificação de enfermidades mentais, consolidou o conceito de alienação mental e a profissão de alienista” (Amarante, 2007, p. 30), o que possibilitou a criação das bases da ciência psiquiátrica. De acordo com Amarante (2007), Pinel participou do grupo dos Ideólogos que tinham o objetivo de buscar na ciência o conhecimento dos fenômenos da realidade, adotando como referência a história natural. A partir dessa influência foi que Pinel propôs a “liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo ‘isolamento’” (Amarante, 2007, p. 29). Portanto, o isolamento é o primeiro princípio terapêutico do tratamento moral, sendo necessário para “restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação” (Amarante, 2007, p. 29).

A alienação mental era considerada como “um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a liberdade” (Amarante, 2007, p. 30). Segundo Amarante (2007), alienado também significa tornar-se outro. “Um outro da Razão? Um outro do humano? Um estranho irracional?”. Dessa maneira, “na medida em que alguém nesta condição de alteridade poderia representar um sério perigo à sociedade, por perder o Juízo, ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, o conceito de alienação mental nasce associado à ideia de ‘periculosidade’” (Amarante, 2007, p. 31).

O autor compreende que essa perda da razão se atrela a uma irracionalidade e animalidade, o que demonstra que há certo perigo em torno da loucura e de sua impulsividade. O tratamento moral deveria ter regras rígidas, buscando reeducar a mente, afastar os



delírios e trazer a consciência à realidade. O hospital psiquiátrico, por si só, seria uma instituição terapêutica. Logo, a sua funcionalidade é de proporcionar cura.

Entretanto, queremos sinalizar que há um paradoxo em relação à cidadania e aos sujeitos destituídos de sua razão. Para Birman (1992, p. 74), “os loucos foram excluídos do estatuto de cidadania plena e do reconhecimento dos seus direitos fundamentais no espaço social”. Dessa forma, “transformada na figura da enfermidade mental, a figura da loucura passou a ser representada como efetivamente destituída da razão, de forma que como ser alienado da sua razão o louco não era considerado propriamente um sujeito” (Birman, 1992, p. 74). Portanto, o louco foi mutilado de sua razão e, destituído de liberdade e cidadania, não sendo reconhecida sua humanidade.

A psiquiatria, como prática terapêutica forjada no interior do hospital, direcionou-se para a promoção da cura daqueles considerados sem razão e, por isso, sem cidadania. A racionalidade moderna questiona as presenças inquietantes, criando saberes e mecanismos de sujeição, controle e morte, não sendo mais possível tolerar a ordem da natureza contra a ordem da sociedade, ou seja, a animalidade *versus* a civilização. “Nessa perspectiva o louco era representado como um ser alienado, pelo não reconhecimento das regras instituintes do contexto social e das condições básicas para o exercício da cidadania” (Birman, 1992, p. 82).

A normalidade e a racionalidade que subsidiam a psiquiatria pineliana estiveram ancoradas em uma compreensão de sociedade que sustenta a noção de homem universal e aniquila as diferenças. Portanto, se as diferenças são identificadas como doença, logo foi preciso tratar e corrigir comportamentos, práticas, valores, desejos. Mas como promover a cura daquele que é considerado ontologicamente não humano, irracional, inferior e incapaz? Como seria possível a cura de si? As bases teóricas e práticas da psiquiatria apenas consolidaram a diferenciação entre racional e irracional a partir das estruturas colonialistas e racistas.

Nesse caminho, o terceiro ponto que desejamos desenvolver diz respeito à função da psiquiatria e do manicômio na sociedade capitalista, em especial, à sua conformação na realidade brasileira, destacando como esse aparato reproduz a manutenção da hierarquia racial e que não está descolada da noção de periculosidade.

No dia 11 de julho de 2022, o caso do médico anestesista Giovanni Quintella Bezerra ganhou repercussão e revolta nacional. O médico foi preso após acusação de estupro, por abusar sexualmente de uma gestante durante a cirurgia de cesariana. O ato foi gravado e denunciado por parte da equipe de enfermagem do Hospital da Mulher, no município de São João de Meriti, Rio de Janeiro, que já vinha desconfiando dos abusos.<sup>15</sup>

Já o jornal *O Globo*,<sup>16</sup> no dia 17 de julho de 2022, publicou a seguinte matéria: “Anestesista preso por estupro será avaliado por psiquiatra forense caso defesa alegue problemas mentais”, que traz comentários do psiquiatra e técnico pericial do Ministério Público do Rio de Janeiro Marcos Argolo e do psicanalista Jairo Carioca de Oliveira. Segundo o psiquiatra, “a pessoa pode ter uma alteração psicopatológica em que aquele ato faz parte de um contexto delirante”, contudo, “o diagnóstico psiquiátrico do acusado é feito por uma perícia que constata se o transtorno existe de fato ou não. O réu tem que ser avaliado por um psiquiatra forense”. Marcos Argolo ainda afirma: “muitos atos criminosos não têm nada a ver com a loucura. As pessoas têm dificuldade de aceitar que pode ser por maldade mesmo, pode ser um fetiche, não entra no quesito loucura, que carrega um estigma pesado na sociedade”. Já para o psicanalista, existe a necessidade do questionamento da relação entre crime e loucura, principalmente no que diz respeito a esse caso. Uma vez que temos enraizado em nosso país a cultura do estupro e, por isso, pode haver uma tentativa de proteção da responsabilidade do ato.

A partir desse caso, queremos chamar atenção para alguns elementos constitutivos da sociabilidade brasileira, e, que, afirmam a hierarquia racial através da psiquiatria. Um primeiro detalhe a ser revelado sobre o abusador e a vítima diz respeito à localização sexual e racial de ambos: o estuprador é médico, homem e branco, a vítima é mulher e negra. O segundo detalhe trata da possibilidade da construção do argumento de defesa de utilizar a patologização como

15 Disponível em: <https://www.brasilefato.com.br/2022/07/12/anestesista-que-estuprou-gravida-durante-parto-ganha-milhares-de-seguidores-nas-redes-sociais>. Acesso em: 18 ago. 2022.

16 Disponível em: <https://oglobo.globo.com/google/amp/rio/noticia/2022/07/anestesista-preso-por-estupro-sera-avaliado-por-psiquiatra-forense-caso-defesa-alegue-problemas-mentais.ghtml>. Acesso em: 18 ago. 2022.



tentativa de proteção do acusado. Tal fato demonstra que existe uma “correlata blindagem dos corpos brancos” (Flauzina & Freitas, 2017, p. 64) como também a naturalização da cultura do terror sexual sobre os corpos negros, em destaque, do “não ser” (mulher) negra.

Em análise realizada por Flauzina & Freitas (2017), constata-se que existe no Brasil uma recusa absoluta de se reclamar vítima para a população negra, sendo este um reconhecimento marcado pelo privilégio que é reservado aos parâmetros da branquitude, “seja no plano político macro, [...], seja nos padrões quotidianos em que as mortes, o aprisionamento ilegal e o tratamento abusivo são naturalizados como rotina porque dirigidos a corpos que não têm ao seu dispor a prerrogativa da vitimização” (Flauzina & Freitas, 2017, p. 68). Dessa forma, não há nenhuma possibilidade do direito de politizar o sofrimento, já que a naturalização da dor negra é constitutiva da nossa sociedade. Por isso, por mais que o crime cometido pelo médico tenha sido gravado e assistido, há caminhos jurídicos, sociais, políticos, éticos e morais que vão “livrá-lo” do lugar de monstruosidade que não é do branco, e, sim dos negros. Vejamos.

Loucura e crime, crime e loucura caminham juntos desde sempre. A relação intrínseca entre eles revela o âmago da sociedade de controle e punitivista que reproduzimos cotidianamente. O colonialismo e o racismo dão contornos específicos para a funcionalidade da psiquiatria e da criminologia, especialmente, no Brasil.

Segundo Batista (2012), o saber médico possibilitou e demandou pela judicialização da vida, tendo a criminologia como fruto do discurso médico-jurídico constituído na virada do século XIX na Europa Ocidental. Isso significou que a própria concepção de polícia surge como “polícia médica, na perspectiva biopolítica de uma governabilidade das populações, que vai engendrar o higienismo. A concentração de pobres na cidade vai ser lida por sua patologização, pelas pretensões corretivas e curativas” (Batista, 2012, p. 42). Além disso, divide-se as estratégias de controle e disciplinares para a correção e tratamento da seguinte forma: o controle punitivo direcionado das prevenções às reabilitações; a reabilitação pelo trabalho para ressocialização; o tratamento para conter e neutralizar os considerados irrecuperáveis e dar conta dos recuperáveis. Portanto, “a humanidade divide-se agora entre os normais e os anormais, a loucura e o crime serão alvo de terapêuticas sociais” (Batista, 2012, p. 42).

No século XIX o racismo ganhou conotação científica e a teoria da degenerescência tornou-se fundamento para a construção de uma noção que naturalizou a distinção entre a humanidade a partir da raça, sendo uma criação da colonização. Foi pela frenologia que a delinquência passou a ser vista como determinada biologicamente, ou seja, o que está no centro da atenção é o delinquente. Para Batista (2012, p. 43, grifo da autora), “as ciências naturais ajudariam a detectar e corrigir os *anormais*. Esse grande discurso contra o igualitarismo se baseava na demonstração científica das desigualdades”. O que significou que as diferenças foram enquadradas novamente em identidades fetichizadas e justificadas pela patologização e pela periculosidade, sendo divididos em irrecuperáveis/ loucos e incorrigíveis/ perigosos.

No caso brasileiro, “esse discurso do século XIX permitiria que, na virada para o XX, o ex-escravo brasileiro fosse transformado de objeto de trabalho em objeto de ciência” (Batista, 2014, p. 158). Assim, os saberes criminológico e psiquiátrico foram instituídos para estar a serviço da colonização, do escravismo e da acumulação do capital, subsidiando as práticas de genocídio da população negra (Batista, 2012). Com o fenômeno do grande internamento — que estabeleceu prisões, manicômios, casas de correção etc. — constituiu-se a observação e tratamento, conforme vimos anteriormente, deslocando o objeto para o sujeito em si e transformando as questões individuais como determinantes, justificadas pela degenerescência. “Afim, o fenômeno criminal seria um dado ontológico pré-constitutivo” (Batista, 2012, p. 46).

O terror e a truculência naturalizada em terras brasileiras compuseram-se pela justificativa dos saberes psiquiátricos, eugênicos e criminológicos, afirmando que a população negra é ontologicamente desviante, perigosa e sem razão. Para isso estabeleceu-se a necessidade de criar mecanismos teóricos, políticos e institucionais que pudessem controlar, subjugar e mortificar. Portanto, a produção da dor e da destruição tem sentido para o medo branco porque a América Latina representa uma “*gigantesca instituição de sequestro*; [tendo aqui] concentração de povos ‘degenerados’ e indesejáveis: africanos, índios, judeus, mouros e criminosos natos da Europa” (Batista, 2012, p. 46, grifos da autora).

De acordo com Casseres (2020, p. 139), “para o Brasil, e nas sociedades periféricas do capitalismo, se estamos falando de uma



população de 72% de pessoas negras [no pós-abolição], a delinquência é a regra. Estamos falando do caos delinquencial, nas palavras de Nina Rodrigues”. Ressaltamos que Nina Rodrigues esteve como um dos principais expoentes da criminologia, além de ser o tradutor oficial de Cesare Lombroso, influenciando o direito, a antropologia e a psiquiatria. Ele defendia o estabelecimento do controle social no cotidiano da população, através do sistema punitivo manejado pelas diferentes autoridades: médicas, policiais, judiciárias. Ademais, acreditava que “os não brancos mereciam um tratamento penal diferente, como inimputável” (Casseres, 2020, p. 138).

Costa (2007) nos mostra como a psiquiatria se constituiu no país, dando destaque a algumas influências. O primeiro hospital psiquiátrico foi inaugurado em 1852 e, somente a partir de 1881, um médico generalista assumiu a direção do estabelecimento. Teixeira Brandão, em 1886, ocupou o posto, sendo o primeiro médico-psiquiatra a estar ali, o que possibilitou o início do ensino regular de psiquiatria aos médicos generalistas. Apenas em 1912, a psiquiatria tornou-se uma cadeira autônoma e, até 1920, tivemos a ampliação dos estabelecimentos psiquiátricos.

Contudo, a psiquiatria do Rio de Janeiro, foco de análise do autor, nas três primeiras décadas do século, apresentava o atraso histórico da psiquiatria no Brasil. Isso significou que até “Juliano Moreira, a Psiquiatria tinha se limitado a reproduzir o discurso teórico da Psiquiatria francesa e a seguir a prática ditada pelo pessoal leigo ou religioso, encarregado da administração dos hospitais” (Costa, 2007, p. 41).

Segundo Portocarrero (2002, p. 13), Juliano Moreira “representa o primeiro esforço de elaboração de um corpo teórico científico no Brasil, ao rejeitar a simples compilação das teorias psiquiátricas francesas”. Homem negro baiano, psiquiatra e professor, assumiu a direção do Hospício Nacional de Alienados e ocupou, concomitantemente, o cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal, no período de 1903 a 1930 (Magno, 2020). Considerado o pai da psiquiatria brasileira, introduziu importantes transformações, sendo elas: 1) mudança no modelo teórico e assistencial baseado na psiquiatria alemã de Emil Kraepelin; 2) a promulgação da lei de reforma da assistência aos alienados; 3) a reorganização do Hospício Nacional de Alienados; 4) a criação do

sistema Colônias; e 5) inaugurou o primeiro Manicômio Judiciário do Brasil e da América Latina (Portocarrero, 2002).

No estudo “Notícias sobre a Evolução da Assistência a Alienados no Brasil”, publicado pelos Arquivos Brasileiros de Neuratria e Psiquiatria, em 1905, Juliano Moreira expôs uma “análise histórica e sociológica das doenças mentais no Brasil, desracializando uma série de máximas que eram defendidas por grande parte de seus colegas de profissão” (Santos, 2021, p. 42). Isso significou que em decorrência das questões historicamente constituídas, grande parte da população internada nos hospícios “eram homens e mulheres pobres, negros e mestiços. E que boa parte das mazelas apresentadas por esses internos tinham razões nas suas condições históricas, sociais e econômicas e não em uma pretensa predestinação racial” (Santos, 2021, p. 42). Para Ynaê Santos, Juliano Moreira implementou a primeira reforma psiquiátrica no país, sendo “crítico às teorias de degenerescência racial, implementou uma nova percepção sobre a alienação que, mesmo imbuída de sanitarismo da época, reconhecia a humanidade dos ditos doentes mentais” (Santos, 2021, p. 43).

De acordo com Oda (2001, p. 4), Juliano Moreira ao opinar sobre a questão da degenerescência do povo brasileiro, “recusou-se a atribuir à mestiçagem a sua causa, especialmente no que se referia a uma suposta contribuição negativa dos negros na miscigenação”. Apesar de ser uma posição minoritária entre os médicos, é importante assinalar que a teoria da degenerescência não foi colocada em questão pelo psiquiatra (Oda, 2001).

Apesar da psiquiatria brasileira estar se constituindo naquele momento, a perspectiva biologizante sempre foi muito forte e presente. Aliás, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) cumpriu um papel de destaque na propagação do eugenismo e do higienismo, incluindo a penetração dos psiquiatras nas práticas de controle diário da vida social da população. A hierarquização racial, que ganhou contornos específicos na República, diferenciava o direito à democracia, tendo a psiquiatria como difusora pelo seu saber/poder. Dessa maneira, tanto a psiquiatria quanto o manicômio nunca estiveram isentos das múltiplas influências e disputas, mas se constituíram como saber, poder e instituição de controle, subjugação e morte.

Concordando com Casseres (2020), é fundamental afirmarmos a construção de uma “matriz decolonial do pensamento



criminológico” e, por que não, uma matriz decolonial do pensamento psiquiátrico para a construção de um saber crítico que promova a ruptura com as bases racistas e coloniais?! Para Casseres (2020), a raça é produtora do sistema penal moderno e que demarcou o lugar do negro, produzindo raça cotidianamente. “Ao mesmo tempo, a raça alimenta (como estruturação da nossa sociedade) o racismo, que vai alimentar o nosso sistema penal” (Casseres, 2020, p. 141). Nesse caminho, também precisamos “reconhecer o fato de que as instituições psiquiátricas [...] são parte importante do complexo industrial-prisional; [...] [assim como] a intersecção entre o complexo industrial-farmacêutico e o complexo industrial-prisional” (Davis, 2018, p. 101). Portanto, o complexo industrial-prisional-manicomial concretiza as prisões da branquitude e seus processos outrificantes (Góes, 2020) remetendo ao negro a permanecer na “zona do não ser”, que é o seu “lugar de origem”.

Não podemos deixar de indagar acerca da naturalização da cultura do terror sexual sobre os corpos negros, em destaque, do “não ser” (mulher) negra, como parte das estratégias de perpetuação da hierarquia racial. Flauzina e Pires (2020) compreendem que a formação da população brasileira é fruto de estupros naturalizados e permanentes. Tanto que a própria noção de mestiçagem, incorporada pelo Estado para a promoção de uma identidade nacional, a partir da década de 1930, relaciona-se com duas ideias: “1) a construção de uma justificativa pública para os estupros sofridos por mulheres negras e indígenas e, 2) a miscigenação como política de branqueamento da população brasileira” (Flauzina & Pires, 2020, p. 69).

Segundo as autoras, a violência sexual é tanto premissa basilar de uma herança colonial escravista quanto componente da “zona do não ser”, já que a violência é a regra. Dessa forma, “o racismo é central para entendermos as dinâmicas de violência sexual que vão afetar mulheres desumanizadas (tratadas como fêmeas), assim como as (não) respostas institucionais e intersubjetivas diante dessas violências” (Flauzina & Pires, 2020, p. 70). A violência sexual é peça-chave para a compressão do genocídio da população negra, uma vez que o estupro produz uma “degradação que mutila a pessoa, desagrega psicologicamente. Há uma interface entre o estupro e a morte que só não é politizada em seus termos profundos, por-

que esse é um tipo de tortura que, [...] é destinado aos corpos de mulheres e meninas”. Nesse caminho, “a violência sexual [...] resulta numa espécie de morte em vida” (Flauzina & Pires, 2020, p. 72).

Desde o período colonial, o terror sexual sempre fez parte da dinâmica de dominação utilizada pela branquitude para promover o controle e destruição dos corpos e subjetividades negras. Como as mulheres negras não são humanas e a degradação é parte constitutiva de sua existência, a naturalização do estupro não é um problema, pelo contrário, “a violência faz parte da forma como se pensa o sexo com as mulheres negras. Trata-se de um sexo animalizado, hostil, pautado por uma excitação ancorada na repugnância” (Flauzina & Pires, 2020, p. 75).

Portanto, o genocídio da população negra, pensado a partir da centralidade do estupro, nos revela múltiplas camadas de destruição que estão colocadas e naturalizadas em nossa sociedade. A morte pode ocorrer de maneira objetiva, através da aniquilação, ou com a destruição subjetiva que promove o extermínio existencial dos indivíduos. Ao desvelarmos o abafamento e a naturalização da dor das mulheres negras, temos uma interface do genocídio que é pouco explorada na constância da produção da morte: a psiquiatrização, a patologização e a medicalização.

Quando o anestesista Giovanni Quintella Bezerra utiliza o saber/poder médico para estuprar uma mulher negra no momento da cirurgia de cesariana, não ocorre apenas a afirmação contínua da degradação, mas também o escancaramento da manipulação de práticas médicas opressoras e destruidoras. Destacamos que nos hospitais psiquiátricos inúmeras mulheres negras foram internadas por apresentarem sofrimentos e adoecimentos psíquicos oriundos das múltiplas violências sofridas, dentre elas o estupro. Podemos afirmar que o terror sexual também compõe a dinâmica institucional manicomial.

Em estudo realizado por Cardoso et al. (2020) com pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e beneficiárias do Programa de Volta Para Casa (PVC), do Ministério da Saúde, identificou-se que as razões das internações de mulheres eram resultado das diversas violências, em destaque, a violência física, sexual e obstétrica. Algumas internações nem tinham justificativas médicas, pois se tratava de interdição por interesses patrimoniais ou de guarda.



Já no período da internação psiquiátrica localizou-se as expressões da violência institucional realizadas através de violência física e sexual, o controle de tempo, a obrigatoriedade do uso de farda, a ausência de autonomia e o sistema de vigilância. Dessa forma, podemos destacar que “a relação entre instituições de assistência psiquiátrica e violência é tão antiga quanto a própria psiquiatria” (Cardoso et al. 2020, p. 1.106). Apesar do estudo não adotar o quesito raça/cor, os dados levantados demonstram o quanto o aparato manicomial (a psiquiatria, a violência, a internação, o isolamento e o hospital psiquiátrico) cumprem um papel importante na reprodução do terror sexual e do genocídio da população negra.

## TERROR DE ESTADO, TRAUMA PSICOSSOCIAL E A MÁSCARA MANICOLONIAL

*Quando a morte bateu na minha porta*

(Diário de campo)

**E**m 2019, a Revista *The Lancet*<sup>17</sup> publicizou o relatório da pesquisa “Novas estimativas de prevalência da OMS de transtornos mentais em ambientes de conflito: uma revisão sistemática e meta-análise”, desenvolvida pela Organização das Nações Unidas (ONU). Como resultado identificou-se que há uma prevalência de transtornos mentais (depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno bipolar e esquizofrenia) em qualquer momento de conflito nas populações afetadas avaliadas. Entretanto, a prevalência média foi para quadros leves. Destacou-se que, naquele momento, as grandes zonas de conflito humanitárias em curso se localizavam em vários países, em destaque, Afeganistão, Iraque, Nigéria, Somália, Sudão do Sul, Síria e Lêmen.

<sup>17</sup> Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30934-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext). Acesso em: 29 ago. 2022.

No livro *Os condenados da terra*, Fanon apresenta elementos para pensarmos a relação da guerra com a produção do sofrimento e adoecimento psíquico, a partir da experiência de libertação nacional da Argélia. Não foi a primeira vez que o autor chamou atenção para o tema, mas é nesse momento que destaca que “a colonização, na sua essência, já se apresentava como uma grande provedora dos hospitais psiquiátricos” (Fanon, 2005, p. 287). Já em *Medicina e colonialismo*, aponta o quanto o corpo médico europeu na Argélia, em especial os psiquiatras, auxiliaram a polícia, aplicando eletrochoque como forma de interrogatório e tortura de presos políticos. “Quando, felizmente, esses homens são liberados porque, apesar dessa barbárie, o médico não obteve nenhuma informação, tudo o que resta é uma personalidade destruída”. Desta forma, “este é um dos muitos crimes de que o colonialismo francês é culpado na Argélia” (Fanon, 2020, p. 30).

Martín-Baró, no texto *Guerra e saúde mental*, assinala que “o problema da saúde mental deve ser situado no contexto histórico em que cada indivíduo elabora e efetiva sua existência na rede de relações sociais”, ou seja, “o autor propõe mudar a perspectiva sobre a saúde mental e os transtornos mentais focando não no movimento de dentro para fora, mas de fora para dentro” (Martín-Baró, 2021a, p. 251). Nesse caminho, Martín-Baró trata sobre a guerra em El Salvador, compreendendo como tal acontecimento impactou profundamente na saúde mental dessa população através de ações violentas e desumanizadoras. “É inegável que há um processo de deterioração coletiva das relações sociais” (Martín-Baró, 2021a, p. 252).

Para o autor, a saúde mental é um problema em dois sentidos: 1) “antes de pensar na angústia, nos delírios ou no escapismo compulsivo, qualquer comunidade humana deve pensar na sobrevivência de seus membros” (Martín-Baró, 2021a, p. 252). Isso significa que o sofrimento e adoecimento psíquico ultrapassam aqueles que são atendidos em equipamentos de saúde mental; e 2) não se pode reduzir a experiência do sofrimento/ adoecimento psíquico como um mero organismo individual, mas que se constitui historicamente. Dessa forma, aponta-se para uma compreensão de saúde mental muito mais como uma “dimensão das relações entre as pessoas e grupos do que um estado individual, ainda que esta dimensão se



enraíze de maneira diferente no organismo de cada um dos indivíduos envolvidos nas relações” (Martín-Baró, 2021a, p. 253).

Além do que, “mal podemos falar de saúde mental de um povo quando ele é incapaz de assegurar a sua própria sobrevivência” (Martín-Baró, 2021a, p. 261). Portanto, a guerra deteriora tanto a convivência social quanto a capacidade coletiva de trabalhar, amar e afirmar a identidade. Isso tudo é impactado diretamente pela violência, polarização e mentira que são os três termos que qualificam a guerra, segundo Martín-Baró (2021a). Dessa maneira, indagamos: não estamos vivendo em um estado permanente de guerra e destruição? A produção contínua de morte, sofrimento e adoecimento psíquico não fazem parte da manutenção do narcisismo constitutivo do eu colonial?

Mbembe (2020, p. 14 grifo do autor) assinala que a “guerra se inscreveu como fim e como necessidade não só na democracia, mas também na política e na cultura. Tornou-se remédio e veneno, nosso *phármakon*”. Para o autor ocorre uma reintrodução global das relações coloniais e suas expressões nas condições atuais, o que ocasiona uma guerra contra o terror e ao “estado de exceção” colocado em escala mundial. Nesse caminho, precisamos compreender que a guerra colonial é vista como matriz ou pelo menos como um dos meios da institucionalização dessa destruição. “Além de guerras de conquista e de ocupação e, sob muitos aspectos, guerras de extermínio, as guerras coloniais também foram simultaneamente guerras de sitiamento, guerras de intrusão e guerras raciais” (Mbembe, 2020, p. 15).

Foi a Europa que protagonizou na história moderna o repovoamento no cenário global, no período do século XVI ao XIX, tendo duas características importantes: por um lado ocorreu um processo de “excreção social (para os emigrantes que deixaram a Europa para fundar colônias ultramarinas) quanto de virada e de arrebatamento histórico”, e por outro para “os povos colonizados, ele vem sendo pago ao preço de novas sujeições” (Mbembe, 2020, p. 81). Ademais, diferentes contornos de destruição atravessaram as experiências nesse processo de repovoamento, como: “incontáveis atrocidades e massacres, de experiências inéditas de ‘limpeza étnica’, de expulsões, transferências e reagrupamentos de populações inteiras em campos e até mesmo de genocídios” (Mbembe, 2020, p. 81).

Não podemos esquecer que o princípio da segregação compunha a gênese do empreendimento colonial. “Colonizar consistia num trabalho permanente de separação” (Mbembe, 2020, p. 81). Mas a separação vinha acompanhada de mãos dadas com a diferenciação, procurando destruir aqueles identificados como inimigos, o que exigia um esforço de constituir e atribuir estereótipos variados. Interiorizadas, tais representações inventadas, tornaram-se parte constitutiva do eu colonial, levando “a continuidade do funcionamento psíquico da ordem colonial. Sem esses objetos e motivos, a vida afetiva, emocional e psicológica na colônia perdia seu teor e sua coerência” (Mbembe, 2020, p. 83).

Esse inimigo que deve ser destruído permanentemente, compõe o imaginário social e fundamenta as ações do maquinário institucional, além de possuir contornos particulares a partir das experiências das formações dos Estados Nacionais. É preciso reconhecer que as estratégias de destruição não são homogêneas e nem a-históricas. No caso brasileiro, o terror colonial estrutura não só o *modus operandi* estatal, mas toda a sua organização política, econômica, social, ética, moral, estética e cultural. O sofrimento e a destruição da população negra marcam a constituição do país ao mesmo tempo que o lugar da outridade é pedra basilar para que os modos de vida dos privilegiados com a destruição tenham sua manutenção.

Para Flauzina & Freitas (2017), o terror de Estado está estruturado pelas matrizes da colonização que colocaram a dor negra como condição basilar das práticas e da organização política do país. Na cena contemporânea expressa-se, principalmente, pela brutalidade das ações do sistema penal e das políticas criminais. De acordo com os autores, ocorre uma seleção de quem pode ser vítima na sociedade brasileira, ou seja, quem tem o seu sofrimento reconhecido como expressão da violência. Portanto, “a invisibilidade da dimensão racial dos sofrimentos no sistema prisional ou reiteração dos repertórios raciais [...] no sistema de segurança pública e de justiça criminal revelam que a branquitude segue indiferente à dor e ao sofrimento negro” (Flauzina & Freitas, 2017, p. 135).

Acreditamos que a negação e a indiferença à dor e ao sofrimento negro fazem parte do repertório de destruição, o que gera efeitos nos processos de subjetivação e modos de vida da população brasileira. Podemos dizer que o estado permanente de guerra



produz pelo menos três efeitos importantes: 1) As noções de loucura e violência como constitutivas da “zona do não-ser”; 2) a produção do trauma psicossocial colonial; e 3) a máscara manicolonial como estratégia de controle e produção de morte em vida.

Em relação à compreensão de que loucura e violência são constitutivas da “zona do não ser”, assinalamos que o racismo científico atuou de maneira significativa produzindo contornos dessa noção fetichizada do negro brasileiro. De acordo com David & Vicentin (2020), há uma relação histórica entre loucura e raça que está baseada em mecanismos de controle e segregação da população negra, gerando a criação de figuras como o crioulo doído e a negra maluca.

A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) desempenhou um papel fundamental, nos anos de 1920 e 1930, propagando o eugenismo através do saber e poder médico. Costa (2007) aponta que os estudos de Oliveira Viana trataram de provar a inferioridade dos negros e mestiços e que sua recuperação só seria possível através da miscigenação com brancos. Essa relação da constituição étnico-racial e das doenças mentais teve muita atenção da psiquiatria brasileira, principalmente nos anos 1930.

Neste período “a população negra e mestiça era muito mais atingida pelas doenças mentais toxinfeciosas (sífilis, alcoolismo) que a população branca. Entre os brancos, predominavam as doenças ditas *constitucionais*” (Costa, 2007, p. 117, grifo do autor). Para o autor, apesar das estatísticas estarem corretas havia uma interpretação equivocada fundamentada pelo racismo. Importante destacar que ocorria uma associação de decadência moral como parte constitutiva da herança psíquica, negando todas as condições de violação e violência experimentadas pela população negra. Por um lado, a experiência do terror sexual e a prevalência da sífilis nas mulheres negras e, por outro lado, o fenômeno do alcoolismo atingindo diretamente aos homens negros submetidos à engrenagem social das cidades. Ao mesmo tempo as “doenças constitucionais (esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva etc.) [...] eram consideradas como atributo racial do homem branco” (Costa, 2007, p. 118).

Já para Schwarcz (1993), havia disputas de hegemonias em relação as concepções sobre a questão racial no interior da medicina, em destaque, nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio

de Janeiro. “Na Bahia é a raça, ou melhor, o cruzamento racial que explica a criminalidade, a loucura, a degeneração”. Em relação aos cariocas, “o simples convívio das diferentes raças que imigravam para o país, com suas diferentes constituições físicas, é que seria o maior responsável pelas doenças” (Schwarcz, 1993, pp. 249-50). Apesar das compreensões serem distintas, o que se pretendia era “curar um país enfermo, tendo como base um projeto médico-eugênico, amputando a parte gangrenada do país, para que restasse uma população de possível ‘perfectibilidade’” (Schwarcz, 1993, p. 249).

As disputas também permeavam outras instituições, saberes e poderes como as faculdades de direito, o que implicou diretamente na construção da criminologia e na postura do jurista brasileiro. Góes (2020, p. 157) assinala que a noção de periculosidade justifica os “processos outrificantes, possibilitando a construção de inimigos/as e “criminosos/as” por sua caracterização através do medo, riscos e ameaças que demandam uma resposta preventiva, sediada na segurança pública e em nome da defesa social”. O que nos leva a indagar: afinal, de que perigo estamos falando?

O colonialismo produziu prisões para controlar a “zona do não-ser” sustentada por concepções que sentenciam o negro a um lugar de não civilidade, proporcionando a manutenção dos privilégios brancos. Para isso utiliza-se “a violência desumanizante em defesa da estrutura colonial, gestando a hostilidade negra ou, nas palavras de Aimé Césaire (1978), a invenção branca do negro bárbaro” (Góes, 2020, p. 159). Portanto, tanto o direito quanto a medicina estiveram em disputa para sustentar e perpetuar a lógica racista.

Criminalizar os corpos e subjetividades considerados perigosos é parte da seletividade ontológica constitutiva da ontologia do colonizador (Castro, 2020), o que torna a população negra alvo permanente do terror e da destruição. Uma certa noção de loucura e de periculosidade são parte componentes dessa ontologia do colonizador, uma vez que se entende que há uma primitividade na Outridade que não pode existir e muito menos ocupar a condição humana, deixando essa exclusividade para a branquitude. Assim, o direito cumpre o papel não só de regular às respostas desse controle como também amplificar “a retórica salvacionista do “progresso civilizatório” branco, isto é, branqueamento e assimilação, sínteses do genocídio” (Góes, 2020, p. 161).



Em relação à produção do trauma psicossocial, como consequência do estado permanente de guerra, concordamos com Costa & Mendes (2020), que vivemos em uma sociedade produtora de sofrimento e que gera como consequência a intensificação da psicopatologização da vida. Dessa forma, precisamos compreender como os crimes legais realizados em nome da paz dão contornos ao sofrimento e adoecimento psicossocial da população negra no cenário brasileiro.

Segundo Martín-Baró (2021c), a partir da experiência de El Salvador, entende-se que os sujeitos são produtos históricos e que a guerra prolongada impacta diretamente na forma de ser e agir. Tal impacto é denominado pelo autor de trauma psicossocial. “Etimologicamente, trauma significa ferida. Em Psicologia pode-se falar de trauma para se referir a uma vivência ou experiência que afeta a pessoa que, de tal maneira, fica marcada, isto é, deixa nela um resíduo permanente” (Martín-Baró, 2021c, p. 325).

Considera-se como trauma psíquico a particularidade de uma experiência individual difícil ou excepcional, ou seja, uma situação especialmente intensa, dolorosa e frustrante. Já a noção de trauma social é identificada como um processo histórico que aflige toda uma população. Assim, a noção de trauma psicossocial ajuda a compreender o “carácter essencialmente dialético da ferida provocada pela experiência prolongada de uma guerra” (Martín-Baró, 2021c, p. 325). O que se pretende reconhecer com essa conceituação é identificar que a ferida e o “efeito dependem da vivência peculiar de cada indivíduo, vivência condicionada pela estratificação social, pelo grau de participação no conflito, assim como por outras características de sua personalidade e experiência” (Martín-Baró, 2021c, p. 326).

Nesse caminho, o trauma psicossocial não pode ser entendido sem realizarmos a intersecção das relações sociais, o que significa que seus atravessamentos são marcados pela exploração/opressões de gênero, raça, classe, sexualidade, território, nacionalidade, geração etc. Para isso destacamos dois aspectos importantes: 1) “que a ferida que foi produzida socialmente, isto é, suas raízes não estão no indivíduo, mas na sociedade”; e 2) “que sua natureza se alimenta e se mantém na relação entre o indivíduo e a sociedade, por meio de diversas mediações institucionais, grupais e, também, individuais” (Martín-Baró, 2021c, p. 326).

Já Kilomba (2019), traz para a cena o que denomina de trauma colonial, fruto da ferida provocada pela irracionalidade do racismo. Ela chama atenção para uma estrutura produzida pela colonização que destina para a outridade a “personificação de aspectos repressores do “eu” do *sujeito branco*. Em outras palavras, nós nos tornamos a representação mental daquilo que o *sujeito branco* não quer se parecer” (Kilomba, 2019, p. 38, grifos da autora). Ou seja, estamos lidando com fantasias criadas pela branquitude sobre a negritude e que impactam diretamente na existência negra.

Compreende-se que há uma amputação. O racismo faz cirurgicamente uma separação dolorosa colocando o negro como “Outro” e nunca como “Eu”. As fantasias do eu colonial são assimiladas por todos e produz contornos distintos para negros e brancos. Sendo assim, se compreendemos que vivemos em uma sociedade que está organizada para estar permanentemente em estado de guerra, objetivando destruir o inimigo fantasiado pelo eu colonial branco, como não problematizar sobre os múltiplos efeitos nos processos de subjetivação da população negra? Mesmo com as mudanças históricas que transformaram as dinâmicas institucionais, as relações sociais e os modos de vidas, como ignorar a destruição ocorrida no tempo presente? Será que, realmente, vidas negras importam?

No caso brasileiro, indicamos que se faz presente na formação da subjetividade da população, o que podemos denominar de trauma psicossocial colonial. Aqui a ferida está permanentemente aberta, pois não se permite qualquer tipo de cicatrização. A marca do Brasil é escancarar a ferida e deixar com que a hemorragia ocorra e produza outros e novos contornos do trauma. Por mais que se traga para o cenário as múltiplas denúncias existe uma perversidade na ontologia do colonizador que goza com a destruição, já que a dor e o sofrimento fazem parte da composição da outridade. É para isso a branquitude afirma cotidianamente que os negros se encontram na lata de lixo da sociedade brasileira (Gonzalez, 1984).

Uma das formas de manutenção da hemorragia é a negação do direito à memória, à verdade, à justiça e à reparação das vítimas de violência do Estado brasileiro (Flauzina & Freitas, 2017; Silva & Dara, 2015). O estado permanente de guerra arranca qualquer possibilidade de reconhecer os seus crimes, justificados pela falácia da periculosidade e patologização da existência negra, inclusive



atualizando práticas de tortura. Batista (2015) chama atenção para uma gestão policial da vida que está sendo imposta para a população pobre, que é hegemonicamente negra, favelada e periférica, promovendo diariamente uma “obediência cadavérica” como parte do projeto de cidade, ordem e progresso. Afinal, quem está “preocupado em recuperar a história, lutar por outras formas de justiça e, sobretudo, reparação e colocar freios efetivos à marcha fúnebre que não cessa de empilhar corpos de nosso povo durante essa *democracia das chacinas?*” (Silva & Dora, 2015, p. 88 grifo dos autores).

O terror de Estado executado pelos seus múltiplos braços — assistencial, curativo ou punitivo — encontra terreno fértil no silêncio proporcionado pelo racismo. Ao mantermos no lugar do “não dito”, não nomeando suas expressões estruturais, institucionais e individuais (Almeida, 2018), perpetua-se o silêncio e suas consequências avassaladoras que rebatem na vida da população negra. Se por um lado os homens negros morrem mais (IPEA, 2022), por outro as mulheres negras são altamente medicalizadas (Pereira, 2018; Magno, 2019). Dessa maneira, é preciso compreender como na atualidade o silenciamento atualiza práticas coloniais que moldam a experiência do “não-ser” (mulher) negra.

Aqui destacamos a máscara do silenciamento como estratégia de controle e produção de morte em vida. “Tal máscara foi uma peça muito concreta, um instrumento real que se tornou parte do projeto colonial europeu por mais de trezentos anos” (Kilomba, 2019, p. 33). Essa máscara era “composta por um pedaço de metal colocado no interior da boca do *sujeito negro*, instalado entre a língua e o maxilar fixado por detrás da cabeça por duas cordas, uma em torno do queixo e a outra em torno do nariz e da testa” (Kilomba, 2019, p. 33, grifos da autora).

A máscara tinha a função de punir os negros escravizados que comessem das plantações, impedindo com que “roubassem” dos senhores brancos. Entretanto, “sua principal função era implementar um senso de mudez e de medo, visto que a boca era um lugar de silenciamento e de tortura” (Kilomba, 2019, p. 33), o que simboliza a totalidade do colonialismo e suas “políticas sádicas de conquista e dominação e seus regimes brutais de silenciamento das/os chamadas/os ‘*Outras/os*’” (Kilomba, 2019, p. 33, grifo da autora). Aliás, impedia “o ato de *comer* terra, uma prática entre escraviza-

das/os africanas/os para cometer suicídio” (Kilomba, 2019, p. 36, grifo da autora).

A máscara traz a materialidade das estruturas violentas de propagação do colonialismo e racismo, demonstrando que o controle do inimigo ocorria pelo silenciamento, pela sujeição e pela negação das escolhas. “Enquanto o *sujeito negro* se transforma em inimigo intrusivo, o branco torna-se a vítima compassiva, ou seja, o opressor torna-se oprimido e o oprimido, o tirano” (Kilomba, 2019, p. 34, grifos da autora). Para deter o inimigo é preciso atualizar permanentemente as estratégias de subordinação e destruição para a manutenção dos privilégios da branquitude.

De acordo com Camargo Jr. (2013), na cena contemporânea, temos a expansão do mercado farmacêutico e a colonização da vida humana pelos produtos farmacêuticos. Williams et al. (2011 apud Camargo Jr., 2013, p. 845), compreendem que não dá para trabalhar a noção de medicalização sem pensar a farmacologização, “conceituada por eles como a tradução ou transformação de condições, capacidades e potencialidades humanas em oportunidades para intervenções farmacológicas”. Assim, pode-se dizer que a farmacologização se “distinguiria por não estar necessariamente ligada a algum tipo de diagnóstico médico, como se vê no fenômeno cada vez mais presente da utilização de medicamentos sem indicação terapêutica” (Williams et al., 2011 apud Camargo Jr., 2013, p. 845).

A farmacologização interage com os processos de medicalização sempre em busca de atingir uma certa “supernormalidade” através da tecnologia farmacológica (Camargo Jr., 2013). Com isso a “farmacologização cria identidades em torno do uso de determinados fármacos, além de reforçar a ideia de que “para cada mal há um comprimido”, levando à expansão do mercado farmacêutico para além das áreas tradicionais” (Camargo Jr., 2013, p. 845). Dessa forma, qual a relação da busca dessa “supernormalidade” com a máscara do silenciamento?

Santos (2021a) assinala que em 1851, dez anos antes da Guerra de Sucessão ocorrida nos Estados Unidos, foi criado pelo psiquiatra Samuel Adolphus Cartwright o diagnóstico de drapetomania. “Drapetomania era a nomeação dada à enfermidade mental que acometia os escravizados que tentavam fugir, ou seja, aqueles que fugiam da sua posição ‘natural’ de subalternidade” (Santos,



2021a, p. 162). Assim, é importante percebermos como o diagnóstico de drapetomania “classificou e medicalizou como doentes mentais aqueles que destoavam de uma situação de extrema violência, na atualidade, por vezes, o uso de diagnósticos psiquiátricos visa escamotear e individualizar as desigualdades raciais, sociais e de gênero” (Santos, 2021a, p. 163).

Segundo Fanon (2005, pp. 287-8), diferentes trabalhos científicos, desde 1954, chamavam atenção dos psiquiatras franceses e internacionais acerca das dificuldades de “curar” corretamente um colonizado, isto é, torná-lo inteiramente homogêneo a um meio social de tipo colonial”. Além do que, haviam médicos que defendiam que o “africano normal é um *européu lobotomizado*” (Fanon, 2005, pp. 348-9, grifos do autor).

Damos ênfase para o processo de medicalização, patologização e farmacologização de subjetividades e corpos negros como estratégia permanente de atualização da máscara de silenciamento. A classificação psiquiátrica é uma maneira de reafirmar que as manifestações estruturais são problemas individuais e que existe a necessidade de produção de cura para aqueles que são considerados ontologicamente “doentes mentais”, o que alimenta a “indústria da loucura”. A farmacologização da vida ganha espaço com a tipificação do mal-estar contemporâneo forjado pela incessante busca da satisfação e da perfectibilidade.

Podemos dizer que a máscara ganha contornos farmacológicos transformando-se na atual estratégia de silenciamento, tendo como objetivo principal impedir a enunciação. No Brasil, mães e familiares vítimas de violência de Estado, denunciam que a única resposta tem sido a oferta de remédios e a permanente impunidade em relação aos crimes cometidos em nome da paz. Ou seja, o Estado que mata é o mesmo que medicaliza as sobreviventes que são majoritariamente mulheres negras. Dessa forma, “o Estado não determina apenas quem deve morrer e quem deve viver, mas também ‘os que devem ter saúde mental, e os que podem viver atormentados em seu sofrimento produzido pelas condições sociais’” (Santos, 2018 apud David & Vicentin, 2020, p. 283). A manicomialização das identidades sempre fez parte das estratégias de dominação burguesa, patriarcal, colonial e racista, o que atualiza permanentemente esta máscara manicolonial.

Nesse caminho, é preciso reconhecer como a máscara manicolonial foi contornada na realidade brasileira e, aqui, recuperamos a história da escravizada Anastácia. Segundo Moura (2013, p. 35), além de ter uma biografia difícil de ser tratada, “há quem diga que Anastácia era uma princesa banto, vinda em um navio negroiro como escrava, porém, nunca aceitando essa condição, rebelou-se frequentemente contra os maus tratos e as condições de trabalho sob as quais vivia”. Era de uma beleza que chamava muito a atenção, tornando-a extremamente cobiçada pelos homens, invejada pelas mulheres e muito amada pelos escravizados. Violentada diversas vezes, atormentada e assediada pelo feitor. Certa vez comeu um pedaço de torrão de açúcar, sendo vista pelo feitor que a chamou de ladra e colocou-lhe uma mordaca na boca. “Esse castigo era infamante e chamara a atenção de Sinhá Moça, vaidosa e ciumenta que ao notar a beleza da escrava, teve receio que seu esposo por ela se apaixonasse. Pérfida, sem consultar o esposo, mandara colocar no pescoço da escrava uma gargantilha de ferro” (Moura, 2013, p. 35). Pouco tempo depois, Anastácia morreu com gangrena, já que o ferro havia penetrado sua carne.

A figura de Anastácia mistura elementos biográficos e míticos misturados. Ela é venerada como santa na Igreja do Rosário dos Pretos do Rio de Janeiro, sendo-lhe atribuídas qualidades milagrosas, testemunhos de cura e soluções de problemas. Além de santa, também ficou conhecida como mártir. Apesar desses lugares, Anastácia é lembrada pela máscara do silenciamento. Por meio da imagem propagada, identificamos como a estratégia de contenção colonial projetou, na sociedade brasileira, a negação da enunciação da população negra. Para Moura (2013, p. 268), a máscara de ferro era um “instrumento de suplício e contenção dos escravos. Era considerada também castigo moral para impedir a embriaguez ou o vício de comer terra”.

Podemos dizer que a máscara além de silenciar, também promovia a indiferença à dor e ao sofrimento negro que é parte do repertório de destruição e gera efeitos nos processos de subjetivação e modos de vida da população brasileira. Dessa forma, compreendemos a máscara manicolonial como a materialização da contenção estando permanentemente atualizada e praticada pelo complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico nas diferentes dimensões da vida social.

Magno (2019) nos mostra como esse repertório se manifesta na docilização dos corpos de mulheres negras no cárcere via medicalização. Preocupada em identificar sobre a medicalização da população carcerária do Estado do Rio de Janeiro, a defensora Patrícia Magno (2019), buscou investigar como o racismo e o patriarcado “se camuflam no discurso aparentemente neutro de tratamento da saúde mental e se utilizam da técnica médica para reforçar o controle penal sobre os corpos de mulheres pobres” (Magno, 2019, p. 168). Neste sentido, através dos dados levantados pelo INFOPEN Mulheres 2016, o estudo identificou que 65% das mulheres presas são negras e de baixa escolaridade no Rio de Janeiro. Em relação à medicalização, que tomou 33 unidades penitenciárias, a autora aponta que das 1.591 pessoas presas e medicalizadas, a grande maioria são mulheres. Além disso, destaca que “a prescrição e administração de psicofármacos, calmante e soníferos é praticamente a mesma para todas elas” (Magno, 2019, p. 190). Portanto, o que vemos é a atualização do controle colonial *continuum* materializada pelo complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico.

O inovador dessa contenção é a utilização do fármaco e da sua propagação que ultrapassa as clássicas instituições, como os manicômios, as prisões e as instituições de medida socioeducativa. Sendo parte do arsenal do estado permanente de guerra, a patologização, a medicalização e a farmacologização atravessam as relações sociais (re)criando a máscara do silenciamento diariamente e afirmando a negação da existência negra. Ao mesmo tempo que a violência é reproduzida em diferentes instituições, territórios e relações, aciona-se como resposta o uso de fármacos — sendo eles prescritos ou não pelos médicos —, porém utilizados largamente pela população para alívio das dores promovidas pela guerra. Afinal, será que temos uma população permanentemente adoecida?

## CAPÍTULO 3

# “MÃES DE BANDIDOS”

## GUERRA ÀS DROGAS, VIOLÊNCIA E COLONIALIDADE DO CUIDADO

*Isso não dava direito ao Estado de matar, porque a gente não tem pena de morte nesse país, eles poderiam entrar e prender, se devesse ia ficar lá pagando, mas não tirar a vida, se dando a legitimidade, de porque é bandido tem que morrer. Porque afinal de contas, sendo bandido ou não, tem uma mãe, tem um filho por trás desse garoto. E que a gente não gerava traficantes, a gente gerava vidas, a gente gerava nossos filhos*

(Margarida).



**A** Rede de Observatórios de Segurança no relatório *Máquina de moer gente preta: a responsabilidade da branquitude*, lançado em 2022, aponta que o Estado do Rio de Janeiro registrou as duas maiores chacinas em operações policiais: a do Jacarezinho, com 28 mortos, ocorrida em 2021, e da Vila Cruzeiro, em 2022, tendo 23 mortos. Ademais, a violência ultrapassa os recordes: “se somarmos todas as mortes registradas nos cinco estados do Nordeste que compõem a Rede mais o estado de São Paulo, totalizam 281 mortos em 12 meses. No Rio de Janeiro esse número totalizou 306 mortes” (Ramos et al., 2022, p. 33). A publicação também destacou que 28,7% das operações ocorrem por cumprimentos de mandados, sendo que 21,9% são por repressão ao tráfico de drogas. Importante sinalizar que o estado de São Paulo encarcera mais, contudo, o Rio de Janeiro promove maior número de mortes, estando responsável por 50% da vitimização de adultos.

Já a Anistia Internacional que publicou em 2015 o relatório *Você matou meu filho: homicídios cometidos pela polícia militar na cidade do Rio de Janeiro*, aponta sobre as execuções extrajudiciais cometidas por policiais. É frequente as autoridades utilizarem os termos “auto de resistência” ou “homicídio decorrente de intervenção policial” como justificativas para encobrir execuções. No relatório identificou-se a existência de indícios de execuções extrajudiciais e um padrão desproporcional de força policial, em destaque, em nove dos dez casos de homicídios ocorridos na favela do Acari em 2014.

De acordo com Karam (2015), a “guerra às drogas” não é uma guerra contra as drogas em si, ou seja, contra coisas. Ela direciona-se para aniquilar as pessoas, porém nem todos são vistos como alvos. Os considerados inimigos dessa guerra “são os pobres, os marginalizados, os negros, os desprovidos de poder, como os vendedores de drogas do varejo das favelas do Rio de Janeiro, demonizados como ‘traficantes’, ou aqueles que se assemelham, pela cor da pele” (Karam, 2015, pp. 36-7). Dessa forma, a destruição que é base do paradigma bélico direciona-se para combater a ameaça, tendo como objetivo a eliminação que sempre ocorre de maneira violenta e letal.

É importante sinalizar que “a produção e o comércio de drogas ilícitas são, junto com o tráfico de armas, o maior mercado

criminoso do mundo” (Fiore, 2012, p. 14), demonstrando que a violência e a letalidade retroalimentam esse mercado, sustentado pelo discurso moralizante do combate às drogas. Ao mesmo tempo que o proibicionismo quer a eliminação das substâncias consideradas ilícitas, temos o consumo das drogas psicotrópicas, prescritas pelos médicos, acompanhadas pelo crescimento de diagnósticos psiquiátricos, inclusive na infância (Fiori, 2012).

No caso brasileiro, podemos destacar, que a proibição da maconha sempre esteve associada aos negros, o que foi visto como empecilho para o desenvolvimento da “ordem e do progresso do país” (Saad, 2018). No pós-abolição fomentou-se um discurso de que os negros eram dotados de características transmitidas geneticamente e responsáveis por comportamentos violentos e animais, acreditando-se que o consumo da maconha potencializava a criminalidade. Por aqui, a “guerra às drogas” não emerge no século XX, mas faz parte da base da formação social brasileira, uma vez que “o primeiro documento conhecido que restringe o uso da maconha foi uma postura da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, de 1830, penalizando a venda e o uso do ‘pito do pango’” (Saad, 2018, p. 16).

A devastação ocasionada pela “guerra às drogas” não se dá apenas pelos homicídios e encarceramento de jovens e adultos. A permanente destruição também ocorre lenta e degradante, se mantendo violenta e letal. E para isso precisamos trazer para a cena pública a “devastação física, psíquica, moral e material” (Silva & Dara, 2015, p. 87) que tomam as mães e familiares vítimas de violência de Estado.

No cotidiano da “democracia das chacinas” (Silva & Dara, 2015), experimentadas pelas mulheres negras moradoras das favelas do Rio de Janeiro, precisa-se aprender a lidar com a violência e suas expressões desde muito cedo. Se formos trabalhar com uma noção de história das mulheres negras, certamente teremos o desvelamento das múltiplas marcas da destruição e da letalidade. A violência é uma marca pulsante na realidade das mulheres negras, levando-nos a “acostumar” com a dor.

E a minha mãe, [...] ela é uma mulher que já vem de muitas perdas, por violência na família, teve um irmão que estava preso,



quando estava prestes a sair da cadeia, foi enforcado. Teve um outro irmão que foi morto a facadas, quando estava grávida de mim. Teve um sobrinho que foi morto pela polícia [...] então também cresci ouvindo minha mãe falar dessas perdas, todas de forma violenta (Orquídea).

Judith Butler em *Vida precária: Os poderes do luto e da violência* (2020), traz a seguinte indagação: “quem conta como humano? Quais vidas contam como vidas? E, finalmente, o que *concede a uma vida ser passível de luto?*” (p. 40, grifos da autora). Tais questões nos ajudam a problematizar a naturalização da destruição direcionada para aqueles que habitam a “zona do não-ser”, e são lidos como os “condenados da terra”, a partir da experiência das mães de vítimas de violência de Estado.

A condenação, imposta pelo estado permanente de guerra, é operada pelo terror de Estado atravessando o “não-ser” mulher (negra) a partir do momento em que a bala que matou seu filho segue atravessando a sua existência. Mais do que falar da materialidade da destruição, é trazer para a cena pública a morte contínua daquelas que precisam ressignificar diariamente sua existência, após o assassinato dos filhos.

O Estado é mais rápido naquilo que você quer fazer sobre um adolescente, sobre uma comunidade que tem negro, pobre, favelado, o Estado vai lá e... então eles tiraram mais um pedaço de mim. Aliás, levaram já meu coração todo, levaram tudo, meu útero, levaram tudo, porque o Estado deixa a mãe assim igual eu tô, doente. [...] Não consigo levantar sem beber remédio, não consigo sair da depressão [...]. **O Estado além de matar nossos filhos, ele mata a gente aos poucos** (Cravo).

A produção da “mortificação do eu” (Goffman, 2008) fora das instituições totais possui contornos que demandam nossa atenção, uma vez que atualizam práticas manicômias. Se por um lado as instituições servem para conter, controlar e subjugar os corpos e subjetividades, por outro lado, os que escapam também são atravessados pela lógica da destruição. Apesar da localização do “não-ser” (mulher) negra estar colocada, quando nos atentamos para as

mães de vítimas de violência de Estado, identificamos uma marca pouco explicitada: o luto. Na zona da destruição de que maneira pode-se vivenciar o luto?

Mas eu queria que me dessem um nome para quem perde um filho, porque isso não existe em nenhuma palavra, não tem como dizer que perdeu, é o que? Porque tem o órfão, tem o viúvo, mas uma mãe que perde o filho não tem (Cravo).

De acordo com Butler (2020), a violência atravessa aqueles que não são identificados como vidas, logo, não existe violação e nem negação. “Elas não podem ser passíveis de luto porque sempre estiveram perdidas ou, melhor, nunca ‘foram’, e elas devem ser assassinadas, já que aparentemente continuam a viver, teimosamente, nesse estado de morte” (Butler, 2020, p. 54). Portanto, há uma inegotável continuidade da “desrealização do ‘Outro’”, o que significa que não existe — nem está vivo e nem morto —, mas “interminavelmente espectral” (Butler, 2020, p. 54).

A negação da possibilidade do luto é característica basilar da colonialidade do cuidado e faz parte da composição da “zona do não-ser”. Esse lugar estéril e árido promove com que essa mãe continue parindo seu filho morto cotidianamente e não autorize a viver o luto sem ser contornada pela destruição de sua existência. Dessa forma, “a paranoia infinita que imagina a guerra contra o terrorismo como uma guerra sem fim será aquela que se justifica em relação à infinidade espectral de seu inimigo” (Butler, 2020, p. 54). Ou seja, a destruição desse inimigo se dá ao ponto de afirmar a sua não existência, por isso a negação do direito à memória, à verdade, à justiça e à reparação se faz presente. Contudo, não basta apagar o inimigo em si, torna-se necessário destruir o ventre, o colo e o cuidado que o geram e o balançam.

A nossa vida é marcada por isso, as mães ficam doentes, a violência cada dia é maior, mais mães cada dia piores, uma morrendo atrás da outra. Eu vejo mães morrendo, e eu sou a prova viva, quinta-feira quase morri (Cravo).



Eu não dormia mais, vinha para casa e me dava aqueles estalos, eu saía pela madrugada (Girassol).

E porque precisam derramar nosso sangue, precisam das nossas lágrimas, para que eles se divirtam, para que eles façam política em cima da nossa dor? (Orquídea).

E o meu Dia das Mães foi esse. Sair do IML olhar aquele carro levando meu filho e eu seguindo atrás, vendo o corpo do meu filho ser levado por aquele carro (Margarida).

Apesar de introjetar em sua existência os modos de vida e os contornos brancos em seus processos de subjetivação, o negro na ontologia do colonizador é uma não vida. Sendo identificado como não vida há um entendimento de que seus instintos são selvagens e primitivos, o que dá autorização para ser colocado como corpo matável, segunda característica da colonialidade do cuidado. Dessa forma, o “não-ser” (mulher) negra nunca poderá ocupar o lugar da mãe ideal, já que a maternidade foi colonizada e moldada a partir da ontologia do colonizador. Logo, a destruição física e psíquica faz parte dessa maternidade colonizada.

Chega em janeiro, a gente tem a perda da primeira mãe [...]. Ela já sofria de câncer e aí ela entrou em uma depressão profunda, ela queria beber, ela entrou em um desespero de querer beber para esquecer, chorava dia e noite (Margarida).

A Violeta<sup>18</sup> [...] é uma mulher hoje que está psicologicamente abalada. Às vezes eu falo que ela precisa parar, pedir ajuda para alguém, se internar para se cuidar. Porque ela começa a fazer... ela se mutila, ela tem sinal e tira com a própria unha, pega ácido e bota para sentir dor. Ela começa uma mutilação nela mesma, de querer que a dor dela passe no coração, ela faz a dor no corpo, então ela vai se machucando (Margarida).

18 Nome fictício.

Tem a Petúnia<sup>19</sup> ela já teve dois princípios de AVC, porque ter que entrar na comunidade, tem a mãe dela, às vezes dá de cara com a polícia (Margarida).

As figuras da mãe preta, da ama de leite e da mucama, tratadas por Gonzalez (1984), são contornos designados para a mulher negra com o objetivo de beneficiar a reprodução da família branca patriarcal burguesa. Ao mesmo tempo é essa organização que permite a perpetuação da negação da maternidade negra. Mesmo não sendo humana e mulher, o “não-ser” (mulher) negra pode viabilizar o trabalho do cuidado e doméstico para as pessoas brancas por ser vista como fêmea. Dessa maneira, é identificada como um objeto estereotipado e que, inclusive, é forte o bastante para suportar qualquer tipo de dor. Assim, apresentamos a terceira característica da colonialidade do cuidado.

É uma dor constante [...]. Eu fico parindo a dor do meu filho morto todos os dias, porque é a dor de um ser humano que não volta mais (Margarida).

É uma dor que sufoca a gente, sabe, eu sei que pode passar quantos anos for, eu sempre vou sentir (Orquídea).

Cada um reage de um jeito a essa violência, né? E o outro vai se fechando... vai se fechando e morre (Rosa).

Em entrevista concedida para a *Revista Fórum*,<sup>20</sup> Mônica Cunha, cofundadora e militante do Movimento Moleque, tratou sobre a noção “Mães de Bandidos”, como sendo a sistematização da violência que atravessa o cotidiano daquelas que buscam pela justiça e memória de seus filhos. Para ela tanto o racismo quanto o machismo moldam essa noção. Por um lado, ocorre a culpabilização em relação à responsabilidade do cuidado e da educação dos filhos para as mulheres negras, apesar da colonialidade da maternidade.

19 Nome fictício.

20 Disponível em: <https://revistaforum.com.br/debates/2020/11/4/desconstruindo-expresso-me-de-bandido-por-mnica-cunha-85224.html>. Acesso em: 12 out. 2022

E, por outro, o racismo estrutural e suas manifestações se colocam diariamente para a destruição das relações afetivas e familiares da população negra.

Dessa forma, na atualidade, a identidade “Mães de Bandidos” sintetiza a anulação e destruição do ventre e da maternidade negra e, por isso, a autorização para matar é contínua. O fuzil mira permanentemente naquelas que representam o perigo, a violência, a insanidade e a animalidade. Só que precisamos compreender os efeitos deletérios que atravessam a saúde física e psíquica dessas mulheres. Como é viver permanentemente na mira do fuzil? Quais as estratégias possíveis para não ser aniquilada pelo estado permanente de guerra? Tais perguntas nos levam a seguirmos atentos aos contornos contemporâneos do trauma psicossocial colonial expressos pelo permanente dedo na ferida, lembrando que a matriz dessa dor é o colonialismo. Ou como nos diz Fanon (2005, p. 354), na “colônia [...] a única lei é a do punhal”.

## ADOECIMENTO E SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL

*Esse adoecimento ele desce pelo corpo todo. Porque a maioria de nós temos diagnósticos após esses assassinatos: de câncer, de depressão, síndrome do pânico, diabetes. A maioria de nós somos diabéticas, somos hipertensas, e já tivemos ou tristemente vamos ter, porque não é planejado para todo mundo ter, mas vamos ter câncer. Porque os nossos cânceres, quando aparecem, são desenvolvidos através da dor, através do sofrimento.*

(Rosa).

**N**a pesquisa desenvolvida pela Redes de Desenvolvimento da Maré, em 2019, com moradores do conjunto das 16 favelas que compõem o Complexo da Maré, foram identificados, na amostra de 1.211 adultos, os seguintes dados: 21,1% tiveram alguma pessoa próxima morta ou baleada; 19,8% viram alguém ser espancado ou agredido; 14,2% viram alguém ser baleado ou morto e

11,5% tiveram a casa invadida por integrantes de grupos armados ou policiais. Para os pesquisadores, tais experiências de violência e medo de violência encontram-se associados a pior saúde mental e menor qualidade de vida. Além disso, quanto mais pobre, jovem, mulher, desempregado/a e sem companheiro/a pior são as condições (Cruz et al., 2021).

Na dissertação de mestrado *Mães da resistência: um olhar sobre o papel do racismo no processo de adoecimento de mães militantes que perderam seus filhos para a violência de Estado*, é possível identificar a prevalência de sintomas vinculados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). De acordo com Araújo (2019), as mães entrevistadas em seu estudo apresentaram diferentes sinais e sintomas, como: palpitações, memórias intrusivas e debilitantes, sensação de isolamento, encurtamento do futuro, entre outros. Ao mesmo tempo que tal informação aparece, a autora nos chama atenção sobre o diagnóstico e o contexto em que foi descrito. Ele surge para “explicar as vivências de pessoas que experimentaram diretamente situações violentas, como é o caso de soldados em guerra, mas que são retiradas do ambiente em que o trauma foi vivido e o revivem, a *posteriori*, já fora da situação de risco” (Araújo, 2019, p. 97). No caso das mães de vítimas de violência de Estado, elas continuam no território que se encontra em estado permanente de guerra e vivenciam as mortes de outros adolescentes, jovens e adultos. Ou seja, “esse fato potencializa o luto prolongado e o sofrimento dessas mães que permanecem vendo casos parecidos com os seus se repetindo e são obrigadas a “reviver” diversas vezes, na realidade material de suas vidas, o enredo das violências a que foram submetidas” (Araújo, 2019, p. 97).

A experiência de reviver a dor da perda, por não ter condições de mudar de território, demonstra a permanente negação do luto. O repertório da destruição, base da ontologia do colonizador, traça novos contornos de sofrimento a partir do imbricamento das relações de raça, gênero, classe e território. Quando olhamos para as experiências das mães de vítimas de violência de Estado, atentamos para uma produção de sofrimento e adoecimento psicossocial particular, que é fruto do estado permanente de guerra, e que nos faz problematizar a generalização de patologias e intervenções terapêuticas.



Segundo Soares, Miranda & Borges (2006), há uma prevalência de adoecimento nos pais e mães, filhos, cônjuges e irmãos que são familiares de vítimas de violência de Estado. Na pesquisa desenvolvida pelos autores, na cidade do Rio de Janeiro, foi localizado que a grande maioria dos entrevistados não recorreu ao tratamento psicológico ou psiquiátrico, apesar do acesso gratuito.

Já para Costa et al. (2017, p. 686), “o Brasil ainda carece de estudos sobre como as famílias das vítimas vivenciam essa perda”, notadamente em relação à saúde física e psíquica. Com uma pesquisa desenvolvida em dez cidades brasileiras ouvindo familiares, em destaque mulheres, os resultados mostraram que o homicídio promoveu impactos profundos na qualidade de vida e no desencadeamento de adoecimento e sofrimento. Inúmeros foram os problemas de saúde relatados: “insônia, ansiedade, depressão, tentativa de suicídio, dor no peito, hipertensão, aumento do colesterol, problemas gástricos, problemas cardíacos, distúrbios na tireoide, perda/aumento de peso e desenvolvimento de câncer” (Costa et al., 2017, p. 693).

No Estado do Rio de Janeiro, podemos destacar a importância do papel desempenhado pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (CDDHC/ALERJ) no acolhimento das mães e familiares vítimas de violência de Estado. A CDDH recebe denúncias de violações que acontecem e acompanham as operações, além de realizar busca de dados e informações do que está ocorrendo no Estado. Uma de suas frentes de trabalho é o recebimento de denúncias e acolhimento de familiares vítimas de violência de Estado. Dejaney Ferreira dos Santos, ex-assessora da comissão, em entrevista publicada, aponta que a maioria das famílias chegam com demanda jurídica e demanda psíquica. “Quando um jovem é executado, essas famílias, geralmente trabalhadoras, perdem o rumo nesse processo: a mãe não consegue mais trabalhar, o irmão começa a ir mal na escola” (Santos, 2018b, p. 69).

A CDDHC, em 2019, atendeu 631 novos casos, além de acompanhar os demais dos anos anteriores, o que representava 2.524 atendimentos. As principais demandas que apareceram são das áreas de assistência social, saúde/saúde mental e acesso à justiça (Defensoria Pública). No Relatório Anual de 2019, podemos iden-

tificar 14 casos de saúde mental, não sendo possível especificar se a procura é por atendimento. Destaca-se que a equipe do CDDHC é composta por profissionais do Direito, da Psicologia e do Serviço Social, além de outras categorias.

Fruto de articulações protagonizadas pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPERJ) criou-se, em 2022, a Rede de Atenção a Pessoas Afetadas pela Violência de Estado (RAAVE), que tem como objetivo a ampliação do atendimento psicossocial realizado pelo Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos (NUDE-DH/DPRJ), tendo como parceria a sociedade civil e as universidades públicas. Importante sinalizar que a composição da RAAVE é predominante de grupos de psicologia e psicanálise, o que fortalece uma perspectiva de atendimento psicológico individualizado.<sup>21</sup>

Os dados apresentados demonstram que o debate da saúde mental nunca foi tão fundamental para pensarmos as múltiplas dimensões da vida social, as concepções de saúde/saúde mental e os projetos societários. As determinações sociais forjam os processos de subjetivação e os modos de vida, moldando as respostas individuais à realidade social. Diante de tal cenário em que temos a produção do transtorno de estresse pós-traumático e a centralidade do atendimento psicológico, qual noção de saúde mental desejamos viabilizar e afirmar? Se vivemos em estado permanente de guerra, como responsabilizar o processo de adoecimento e sofrimento para o coletivo?

De acordo com Costa & Mendes (2020), vivemos em uma sociedade que está sofrendo mais e, por isso, apresentando maior prevalência e incidência de transtornos mentais. Ao mesmo tempo ocorre a intensificação da psicopatologização da vida que nos remete às bases da psiquiatria e ao seu mandato social. Apesar de ser um fenômeno mundial, as manifestações se expressam de acordo com as “particularidades, singularidades e múltiplas mediações que se materializam nos e pelos diferentes contextos, grupos e indivíduos” (Costa & Mendes, 2020, p. 2). Logo, as diferenças da formação dos Estados Nacionais, nos modos de vida e nos processos de subjetivação da população implicam diretamente nas noções e

<sup>21</sup> Disponível em: <https://defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/20499-Vitimas-de-violencia-do-Estado-ganham-rede-de-apoio-psicologico>. Acesso em: 10 fev. 2023.



possibilidades de cuidado em saúde mental, sendo elas ofertadas pelo Estado ou construídas coletivamente nas comunidades. Dessa forma, “se os campos do saber-fazer [...], querem compreender e atuar com a saúde mental em nossa atualidade, devem, para além da aparência, entender a forma como vivemos no presente enquanto continuidade de um longo processo histórico” (Costa & Mendes, 2020, p. 2).

Apesar de distintos estudos abordarem sobre o adoecimento e sofrimento ocasionado pelo cenário de guerra, precisamos reconhecer, como na América Latina e no Brasil, o colonialismo/colonialidade marca permanentemente corpos e subjetividades negras. O sucesso da destruição está posto a partir do momento que o estado permanente de guerra agudiza a cronificação do adoecimento e sofrimento. No caso das mães vítimas de violência de Estado aprende-se a conviver permanentemente com a dor dilacerante que começa com a notícia do assassinato.

Tu recebes a notícia de que o seu filho foi morto, gera um desespero, sem saber direito, não querendo acreditar que foi ele, não sei o que... Está, mas no dia seguinte não tem como: tu vais para o enterro, tu vais ver o caixão, é ele. E aí, esse dia seguinte que não é o dia seguinte só do enterro, **é o dia seguinte para tua vida toda!** Não é o dia seguinte somente no dia do enterro. É o dia seguinte que vai ser a sua vida a partir daquilo.

Eu digo que é um dia seguinte, mas que é um dia seguinte que é para o resto da tua vida esse dia seguinte. Você tem que aprender como é que você vai conviver com esses sentimentos. [...] Então, você tem que estar nesse dia seguinte, [...], se organizando para como você vai pertencer a essa sociedade, a partir dessa dor (Rosa).

O dia seguinte de uma mãe vítima de violência de Estado é o ponto zero de sua vida, uma vez que é nesse instante que acontece a materialidade da colonialidade do cuidado. Vejamos. No primeiro momento toda a introjeção do ser mãe, moldado pela colonialidade do gênero, é quebrado e a mulher negra passa a ter um encontro com a “região extraordinariamente estéril e árida” (Fanon, 2008, p. 26). Ou seja, ela descobre que não pode ocupar o lugar que idealizou,

pois ele foi aniquilado. Em segundo, revela-se que o corpo negro é matável e alvo constante da guerra. A bala que matou ou mutilou seu filho segue destruindo e alvejando outros corpos e subjetividades, inclusive a vida dela. Por fim, no terceiro momento, essa mulher negra vai ser estereotipada como mãe de bandido e precisa lidar com a dor e a violência de ocupar esse lugar social que não foi requerido por ela. Inclusive, suportar a dor é quase uma tarefa obrigatória.

A dor que vai contornar a sua experiência, a partir do marco zero, produz inúmeras mutilações que podem levar a um estado permanente de morte e destruição. Aprender a lidar com os novos contornos dessa dor dilacerante é extremamente difícil, principalmente porque há uma permanência no território de moradia. Deslocar-se torna-se uma tarefa árdua que demanda inúmeros recursos subjetivos para não permanecer na zona da destruição designada pela outrificação do colonizador para o “não-ser” (mulher) negra. Segundo Davis (2006, p. 105), “quando uma dor tem lugar, o pranto começa e termina, mas a dor continua”.

Martín-Baró (2021a, p. 252), nos auxilia a pensarmos sobre saúde mental a partir de uma realidade de “situação-limite”, quando “a viabilidade e sobrevivência histórica de um povo estão em questão”. O autor assinala que antes de “pensar na angústia, nos delírios ou no escapismo compulsivo, qualquer comunidade humana deve pensar na sobrevivência de seus membros. Quando se está em jogo a própria vida, obviamente se torna frívolo falar sobre a qualidade dessa existência” (Martín-Baró, 2021a, pp. 252-3). Portanto, precisamos reconhecer que há uma produção de adoecimento e sofrimento coletivo que implica diretamente nas individualidades, principalmente em realidades de “situação-limite”.

Para Basaglia (1979, pp. 37-8), o sofrimento humano é algo que “não se pode eliminar. Está na vida, está no homem, é uma condição do homem. O problema da vida é a contradição entre o que é a organização social e a dor que se expressa em cada um de nós”. A hierarquização das relações de gênero, raça e classe implica diretamente nos processos de elaboração da dor e de poder se expressar subjetivamente, o que significa que quem “não tem condições econômicas para sobreviver, não pode se expressar de maneira alguma, não conhece[ndo] o sofrimento existencial, mas somente o sofrimento da sobrevivência” (Basaglia, 1979, p. 38).



E aí não adianta! Você vai falar com 500 mil pessoas e essas 500 mil vão te falar: faz assim, faz assado, fica desse jeito. E tudo isso, [...] você vai juntando — porque você não joga fora não — você vai juntando e vai ver como é que você vai se colocar. É óbvio que o que faz todo esse saco de informação que você adquire esse saco de informação para você arrumar ele e entender que você pode pegar um pedacinho da fala de não sei quem, o pedacinho da fala de não sei mais quem é a terapia. A terapia vai te dar uma coisa... não é organizativo não, mas uma linha de raciocínio e que aí você vai achar: não acho que a Maria falou cabe, mas o que o Joaquim também falou dá para mim usar algumas coisas, o que a Severina... Tá me entendendo? E aí tu vais fazendo o seu quebra-cabeça para você ter minimamente condição de sobrevivência. **Condição de sobrevivência!** (Rosa).

Como consequência da condição de sobrevivência temos a medicalização e a farmacologização do sofrimento fazendo parte da vida das mães vítimas de violência de Estado. Na busca de aliviar a “dor que enlouquece” busca-se por uma resposta mais imediata para tentar sobreviver a “situação-limite”, já que mesmo convivendo com a destruição diariamente não ocorre adaptação a essa condição, mas a produção de novos contornos da existência que podem levar a destruição ou a (re)existência. Aliás, “o adoecimento pode significar, uma resposta esperada, uma reação normal a uma situação anormal” (Moreira & Guzzo, 2015, p. 575).

De acordo com Flauzina (2017, p. 100), existe na democracia racial, que está conformada na autoimagem do país, “que as elites nacionais podem contar com grupos de extermínio institucionalizados, sem que isso comprometa seu perfil de benevolência e tolerância no trato com os grupos historicamente marginalizados”. Tais grupos reproduzem a dominação da hierarquia racial embasados pela criminologia e demandados pela psiquiatria. Dessa maneira, o maquinário estatal não só gira em torno do complexo industrial-prisional como também do complexo manicomial-farmacológico, ampliando as formas de regulação e controle daquelas que são identificadas como fábricas de marginais.

Esse tomar remédio já se inicia no cemitério. Muito mesmo das colegas que dão, que não é nem uma coisa... [...] Cara, ela não vai conseguir dormir, a dor é muito louca. E aí fulana toma hoje, toma amanhã e daqui a pouco a fulana [...] que compra e aí “não tô bem, tomo”.

O cotidiano na minha vida é tomar um remédio pra dor, que eu mesmo tomo, não vou negar. Mas o cotidiano da vida de uma mulher favelada é tomar medicamento controlado pra suportar essas dores. E aí, as mães vítimas é muito desesperador. Porque uma ou outra se comunica e distribuem-se remédios (Rosa).

A incessante busca por alívio não pode ser reduzida a uma patologia e, sim, entendida como um grande sintoma social do que denominamos de trauma psicossocial colonial. A dor negra faz parte da manutenção do repertório da destruição instituída pela ontologia do colonizador. Isso significa que há uma produção constante de sofrimento psicossocial que contorna as experiências negras e, que, pode levar ao adoecimento. Portanto, essa produção permanente de dor contribui para que as mulheres negras permaneçam em lugares sociais de sujeição e subordinação.

Um importante debate realizado pelas mulheres negras, a partir do final dos anos 1980, foi sobre a prática crescente de esterilização, principalmente nas mulheres pobres, o que gerou inúmeros questionamentos e denúncias (Costa et al., 2006, p. 372). Apesar da conquista da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, esse tipo de ação ganhou novos contornos tendo como argumento o uso prejudicial de álcool e drogas. Como estratégia central utiliza-se a internação compulsória — aquela determinada pela justiça — como forma de controle e resposta para promover a intervenção psiquiátrica. Importante destacar que segundo o 3.º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, o perfil das mulheres que fazem uso prejudicial é composto majoritariamente por não brancas, com baixa escolaridade, pobres e na faixa etária entre 25 e 34 anos.

O que desejamos demonstrar é o quanto a saúde mental vai sendo acionada como justificativa para a manutenção da ordem social vigente via controle psiquiátrico, medicamentoso e farmacológico. Como a vida das mulheres negras é vista como uma “não-existência” cria-se saberes/poderes/instituições que atuam diretamente sobre seus corpos e subjetividades, garantindo a “mortificação do eu” (Goffman, 2008). Levá-las às “situações-limite” faz parte do cotidiano da sociedade moderna. Logo, ter tristeza, ansiedade, medo, pensamentos intrusivos são parte da experiência delas, sendo respostas ao contexto social em que vivem (Araújo, Souza & Silva, 2022), o que gera tanto sofrimento e adoecimento psicossocial quanto físico, já que não estão desassociados.

O que está em jogo aqui não são os funcionamentos satisfatórios dos indivíduos e, sim, as relações humanas. O conflito bélico impacta diretamente em uma parcela significativa da população que não tem condição material de sobreviver e muito menos de existir como indivíduo, já que a condição de destruição arranca qualquer possibilidade. Ao mesmo o complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico que controla as drogas lícitas é acionado para “confortar” essa população que são os expurgos da “guerra às drogas”, ela retroalimenta a produção de lucro com a relação “loucura” e crime. Portanto, “se a base da saúde mental de um povo encontra-se na existência de relações humanizadoras, de vínculos coletivos [...], então a construção de uma sociedade nova [...]; é também, por princípio, um problema de saúde mental” (Martín-Baró, 2021a, p. 267).

## CAPÍTULO 4

# “A FAVELA NÃO É ABATEDOURO”

## COMO UMA CRÍTICA INTERNA À PSIQUIATRIA TRANSFORMA A SOCIEDADE?

*É muito interessante observar que os manicômios nasceram no momento em que o mundo mudava e um novo humanismo nascia. A ciência do homem nasce depois da Revolução Francesa, quando a razão é igualada à fraternidade. Tornam-se os emblemas do novo mundo. E uma sociedade, para ser civilizada, deve ser racional. Eis por que, a partir desse momento, tudo o que era irracional deve ser controlado pela razão. É assim que nasce, no nosso caso, uma instituição racional como o manicômio, que contém a irracionalidade. Uma pessoa louca se torna normal no momento em que está internada no manicômio.*

(Basaglia, 1979, p. 45).



**A**s eleições presidenciais no Brasil, em 2022, foram marcadas pela disputa acirrada de projetos de sociedade que se colocaram de maneira antagônica. Por um lado, encontramos a extrema direita representada por Jair Bolsonaro e seus apoiadores e, por outro, houve a constituição de uma grande frente em defesa da democracia, tendo na figura de Luís Inácio Lula da Silva sua grande liderança. Podemos afirmar que o processo eleitoral foi acirrado e com muita tensão e exaltação, levando a uma polarização da população.

Até a posse do presidente Lula tivemos um processo de transição de governo, que precisou ser responsável e transparente, mas também foi preciso lidar com as angústias e manifestações daqueles que não aceitaram a derrota do seu “mito”. Desde o dia seguinte da eleição, ocorreram inúmeras manifestações dos descontentes, seja fechando estradas, agredindo apoiadores do Lula ou fazendo apologia ao nazismo. Tais fatos demonstraram que estamos diante de grandes desafios em um país que tem mais de quinhentas células nazista e o avanço da extrema direita.

Contudo, já faz algum tempo que não estão sendo levados a sério os atos dos apoiadores de Bolsonaro. Além da ridicularização e deboche em relação às palavras e às atitudes tomadas, proliferou-se o discurso que reivindica a psiquiatrização da extrema direita. Ao longo do governo Bolsonaro tivemos diferentes falas alegando uma certa insanidade ou “loucura” do presidente, e, no pós-eleição inúmeras pessoas pediram pela “intervenção psiquiátrica”. Afinal, o que se espera da intervenção psiquiátrica? Desejamos o patrulhamento da medicina psiquiátrica na vida da população? Alguns pedem intervenção militar e outros intervenção psiquiátrica, qual seria a diferença? O braço armado ou o braço psiquiátrico do Estado?

A suposta irracionalidade apresentada pelos bolsonaristas e o pedido de intervenção psiquiátrica fazem parte da mesma faceta e coloca em xeque a democracia. Davis (2022, p. 117) nos aponta o seguinte: “como imaginamos e lutamos por uma democracia que não produza formas de terror, que não produza guerra, que não precise de inimigos para se sustentar?”

Ao trazeremos Ângela Davis para o diálogo desejamos demonstrar que o *modus operandi* da sociedade moderna ocorre pela constante produção de inimigos, da periculosidade e da irracionalidade, sendo operada por instituições e saberes que definem o outro

e seu comportamento. Para Basaglia (2005), as instituições — família, escola, fábrica, universidade, hospital — são baseadas em uma divisão dos papéis e dos poderes, mediadas pela violência que se justifica pelo plano da necessidade. Portanto, as instituições podem ser definidas como instituições da violência (Basaglia, 2005).

“Todavia, a sociedade dita do bem-estar e da abundância acaba de descobrir que não pode expor sua face violenta abertamente, para não criar contradições demasiado evidentes em seu seio, que se voltariam contra ela” (Basaglia, 2005, p. 94). Para agenciar a violência constituiu-se as instituições, saberes e seus operadores, o que gerou um tecnicismo transformando com que “o objeto de violência se adapte à violência da qual é o objeto, sem nunca chegar a tomar consciência disso e, por sua vez, poder tornar-se sujeito de violência real contra aquilo que o violenta” (Basaglia, 2005, p. 94).

Importante lembrar que essa violência apreendida e reproduzida em todas as instituições é resultado de um “entrelaçamento de práticas, hábitos, ações, instituições, disciplinas, valores e normas sociais aprendidas no cotidiano da colônia” (Pires, Queiroz & Nascimento, 2022, p. 10). A formação dos Estados-Nacionais emergiu de práticas violentas e se mantiveram através “da violência, da interdição operada nas colônias sobre os colonizados, que tem como *prima ratio* (e não *ultima ratio*) o controle, a punição e a expropriação de vidas matáveis” (Pires, Queiroz & Nascimento, 2022, p. 10, grifo dos autores).

Fanon (2008; 2022) denuncia a circularidade da violência como parte da conexão entre a colônia e a metrópole, inclusive na composição da democracia. É ele que “nos convoca a entender como violência muito daquilo que nos é vendido como progresso, desenvolvimento, ordem e civilização. Encontramos em *Os condenados da terra* a descrição de um mundo onde a práxis violenta é totalizante” (Pires, Queiroz & Nascimento, 2022, p. 11). Portanto, é essa violência colonial que produziu os hospitais psiquiátricos, que são base da sua essência (Fanon, 2008; 2022), e definiu o normal e o anormal, o racional e o irracional, o bom e o perigoso (Pires, Queiroz & Nascimento, 2022), tomando como referência o “eu ideal” propagado pelo pacto narcísico da branquitude (Bento, 2022).

Como fruto das raízes coloniais, o hospital psiquiátrico recebe o contingente sobrando, deformante, ausente de valor, corrosivo



e irracional transformando-se no maquinário de adequação/ajuste e extermínio. Tal instituição existe para sustentar a deformação imposta para a “zona do não ser” e manutenção das estratégias de reprodução do “homem universal”. Dessa forma, “a colonização é bem sucedida quando toda essa natureza insubmissa é finalmente domada” (Fanon, 2008, p. 288) e, para isso, temos as instituições da violência e seu saber-fazer.

O complexo industrial-prisonal-manicomial-farmacêutico é um exemplo do imbricamento punitivista que forja tais estratégias de manutenção das hierarquias do existir e do sofrer na democracia burguesa. “Tanto o manicômio quanto a prisão são instituições do Estado que servem para manter limites aos desvios humanos, para marginalizar o que está excluído da sociedade” (Basaglia, 1979, p. 45). Além disso, para atuar dentro de tais instituições é preciso aprender a administrar os conflitos e como sua “ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, só fazem permitir a perpetuação da violência global” (Basaglia, 2005, p. 95). Dessa maneira, o pedido de intervenção psiquiátrica para a extrema direita brasileira apenas atualiza práticas e discursos correccionais e punitivistas que sustentam a “democracia dos cemitérios” (Alves, s./a.).

Em *Los crímenes de la paz*, Basaglia & Ongaro (1977) apontam que a guerra cotidiana perpetua, com seus instrumentos de tortura e crimes, a manutenção da ordem, da violência e da crueldade para justificar a destruição como norma. Por meio das instituições mantêm-se os crimes que impõem certa concepção de humanidade. Assim, “o homem que se quer defender não é um homem real: é aquele homem que deve ser curado, doutrinado, destruído, achatado de suas potencialidades, recuperado”<sup>22</sup> (Basaglia & Ongaro, 1977, p. 78).

Dessa maneira, identificamos que há uma certa concepção hegemônica de saúde mental que é sustentada pela psiquiatria clássica e o seu aparato manicomial, — poder e saber médico, isolamento, internação, violência, hospital psiquiátrico —, e que afirma a manutenção das hierarquias raciais, sociais e generificadas através da patologização, medicalização e farmacologização das existências, propagando a afirmação do “homem universal”. Mas é possível romper com esse saber-fazer?

22 Tradução livre.

No Brasil, a crítica estabelecida pela Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, aponta diretamente para a funcionalidade da psiquiatria clássica e seu aparato na sociedade capitalista. O manifesto de Bauru, de 1987, denuncia a violência e os mecanismos institucionais que são reprodutores da destruição e seguem sendo questionados.

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Carta de Bauru, 1987).

Nesse manifesto identificamos como o “surgimento da luta antimanicomial esteve marcadamente atrelado as lutas mais amplas, do conjunto da classe trabalhadora” (Albrecht, 2022, p. 50), e, denunciava a perpetuação das opressões por meio do maquinário manicomial. Contudo, precisamos compreender que no processo de constituição da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileira diferentes projetos e concepções de saúde mental disputam o direcionamento do mercado e da política pública, demonstrando o quanto a temática compõe as diretrizes de manutenção ou ruptura do modo de produção capitalista.

Inicialmente é preciso diferenciar Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. Seria possível existir uma Reforma Psiquiátrica que não fosse antimanicomial? Sim! Para diferentes autores (Amarante, 2007; Barros, 1994), o pai da psiquiatria, Philippe Pinel, foi



considerado o primeiro reformista por ter tirado as correntes dos “loucos”, organizado o hospício e ter criado a ciência psiquiátrica. No caso brasileiro podemos exemplificar a atuação de Juliano Moreira, Nise da Silveira e Ivone Lara como importantes reformistas (Santos, 2021; Passos & Moraes, 2021), já que não romperam com a estrutura institucional hospitalocêntrica, mas transformaram as condições e o conhecimento acerca da “loucura”.

Mas afinal, o que é antimanicomial? A Luta Antimanicomial, diferente das Reformas Psiquiátricas que ocorreram nas mudanças dos modelos assistenciais e legislativos em diferentes países (Amarante, 2007; Barros, 1994), questiona as bases da psiquiatria tradicional e seu aparato (institucional, legislativo, social, cultural, ético, econômico) instituídos como saber-fazer. Ocorre a crítica que compreende a lógica manicomial como fruto da exploração/opressões da sociedade capitalista e cumpre a função de controlar, subalternizar e subjugar corpos e subjetividade através da patologização, medicalização, internação e isolamento, não deixando de considerar o sofrimento e adoecimento psicossocial. Destacamos a atuação de Franco Basaglia, na Itália, e Frantz Fanon, na Argélia, como importantes atores na constituição da Luta Antimanicomial, já que romperam, com a institucionalidade manicomial, sendo influenciadores fundamentais para a construção da experiência brasileira (Passos, 2019; Passos, 2018c).

No Brasil, a Luta Antimanicomial nasce no bojo das lutas sociais que emergiram no cenário da ditadura militar, denunciando as violências, violações e as péssimas condições dos hospitais psiquiátricos. Durante o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, ocorrido na cidade de Bauru (SP), em 1987, assumiu-se o direcionamento radical pela extinção dos manicômios, tendo como fruto a Carta de Bauru, a criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNL) e o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

É preciso apontar que no processo de constituição da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial tivemos diferentes caminhos, dentre eles: 1) o percurso da institucionalidade através da ocupação do espaço estatal; 2) o fortalecimento das bases dos movimentos sociais. Assim, podemos demarcar que existem diferenças na construção das frentes ocupadas pelos diversos atores,

o que diferencia, a Luta Antimanicomial da Reforma Psiquiátrica (Passos, 2017).

De acordo com Albrecht (2022), o projeto de Reforma Psiquiátrica que foi sendo delineado no mesmo contexto das reformas democráticas e populares mostrou-se bem sucedido, sendo incorporado substancialmente e com maior ênfase a partir do arcabouço assistencial e jurídico-legislativo. Contudo, “a constatação dos êxitos conquistados, não anula, entretanto, os impasses e contradições do processo” (Albrecht, 2022, p. 53) e suas pactuações que perpetuam elementos do arcaico e do moderno (Alves et al., 2020; Duarte, 2018).

Dessa forma, são nos impasses e nas contradições que identificamos as “pactuações pelo alto” — característica basilar da formação social brasileira — que conservam o arcaico e o moderno na implementação da Reforma Psiquiátrica. Tais questões apenas demonstram que há correlações de forças distintas que disputam a política e as concepções de saúde mental que compõem os projetos societários. Aqui apontamos pelo menos quatro projetos que se apresentam na atualidade: 1) a proposta de uma Reforma Psiquiátrica “simpática” ao grande capital que realiza às mudanças de carácter meramente legislativo e assistencial; 2) a proposta conservadora religiosa que se propõe a defesa das comunidades terapêuticas; 3) a proposta de manutenção da psiquiatria tradicional; e 4) a proposta radical de Reforma Psiquiátrica, pautada na Luta Antimanicomial.

A primeira proposta de Reforma Psiquiátrica caracteriza-se pela reorganização do modelo assistencial de saúde mental e pela mudança jurídico-legislativa, o que levou as pactuações que abriram mão de uma radicalidade antimanicomial. Isso significou promover o fim dos leitos psiquiátricos e o redirecionamento do financiamento para a implantação de uma rede substitutiva, tendo como resultado a criação e a oferta de diferentes serviços de saúde mental. Todavia, não ocorreu sem contradições.

Um elemento importante apresentado por Albrecht (2022, p. 60) é que nos momentos iniciais da construção da agenda da Reforma Psiquiátrica, acontecia a implementação da contrarreforma, que vinha “ofertando experiências muitas vezes pioneiras de flexibilização de funções do Estado, que seriam precursoras da onda



privatizante que nos anos 2000, especialmente a partir de 2010, avassalaria as políticas de saúde”. Tais circunstâncias fizeram com que um certo discurso de implantação da rede substitutiva, tivesse que ocorrer a qualquer custo, deixando de realizar a crítica as conciliações realizadas.

Seguindo o que Albrecht (2022) nomeou de avanço contraditório, tivemos a adoção da desinstitucionalização — que é a saída responsável e cuidadosa dos internos dos hospitais psiquiátricos — como pilar da mudança substancial do modelo, a implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como equipamentos centrais para o cuidado em saúde mental e a Lei 10.216/2001 como aparato jurídico-legislativo que subsidia a Reforma Psiquiátrica brasileira. Porém, perdemos espaços para a segunda proposta que está baseada no conservadorismo religioso das comunidades terapêuticas, através de acordos agenciados no interior da política.

No que diz respeito à regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), ocorrida pela portaria GM/SM n.º 3.088 de 2011, é nela que se deu a inserção formal das comunidades terapêuticas como equipamento de atenção residencial de caráter transitório. Cabe sinalizar que esses serviços são voltados para as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo como base a reclusão, o trabalho e práticas religiosas (Passos et al., 2020). Essas experiências desenvolvidas no Brasil sugeriram por volta de 1970 (Cavalcante, 2019), mas ganharam espaço na agenda política nos anos 2000, em especial, a partir das disputas das agendas eleitorais de 2009 e na criação do “Plano Crack”. De acordo com Denadai (2018), em 2015, por meio da Resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), garantiu-se um orçamento de R\$ 300 milhões entre os anos de 2016 e 2017 e a regulamentação das comunidades terapêuticas.

Já, a terceira proposta baseada na psiquiatria clássica e representada pela Associação Brasileira de Psiquiatra (ABP), nunca deixou de disputar a agenda pública, a formação dos jovens profissionais e as entidades de representação médica. Entretanto, o projeto ganhou força no cenário que antecedia ao golpe parlamentar, tendo a nomeação de um psiquiatra manicomial para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, em dezembro de 2015.

Depois de 23 anos sob a direção de psiquiatras que coadunavam com a Reforma Psiquiátrica brasileira, tal mudança de gestão deu-se de forma abrupta e condicionada pelos acordos entre PT e PMDB, uma vez que a substituição do Ministro da Saúde ocorreu na tentativa de garantir, minimamente, a permanência de Dilma Rousseff na presidência. O que levou a uma reorganização no Ministério da Saúde e das coordenações das políticas setoriais no âmbito da saúde (Passos, 2017). Dessa maneira, vemos como as propostas atravessam a macropolítica e rebatem diretamente nos serviços prestados para a população.

Em quarto lugar, ainda que aparentemente esquecida, identificamos a proposta radical de Reforma Psiquiátrica que recupera as bases basagliana e fanoniana para pensar táticas e estratégias para a Luta Antimanicomial. Tal proposta ganha fôlego a partir dos anos 2010 com a entrada massiva de novos protagonistas, principalmente na mobilização dos coletivos e movimentos antimanicomiais (Passos, 2017). Entende-se que a Luta Antimanicomial faz parte de um projeto societário pautado na liberdade, na emancipação humana e na transformação radical e, para isso, é preciso retomar seus aspectos comunitários e revolucionários.

Através das experiências protagonizadas por mulheres, negros e LGBTQIAP+ (Pereira, 2020a; David et al., 2021; Martins et al., 2017) identificamos diferentes ações que produzem inquietações no campo e promovem maiores articulações com movimentos mais clássicos (sindicatos, partidos políticos etc.). Rompe-se com uma noção de que a Luta Antimanicomial é restrita a micropolítica (Vasconcelos, 2016) e a projeta como parte basilar de uma mudança societária. Essa não pode ser uma limitada e “(frágil) luta pelos direitos de cidadania de usuários dos serviços de saúde mental” (Albrecht, 2022, p. 62), e, sim, o fim de toda forma de exploração e opressão. Portanto, as “limitações e condições da RP devem ser analisadas historicamente na totalidade social, considerando os paradoxos das políticas enquanto mediações do Estado capitalista, e da dinâmica específica da sociedade brasileira e seu capitalismo dependente” (Costa & Mendes, 2020a, p. 53).

Nesse caminho, é no bojo dessas disputas e transformações ocorridas no cenário brasileiro, principalmente a partir de 2015,



que vemos a ampliação, expansão e fortalecimento do debate antirracista ganhando fôlego e espaço. Mesmo não sendo um tema novo no campo da saúde mental, inclusive protagonizado por diferentes atores e atrizes negros (David et al., 2021), identificamos a expansão da produção teórica e da disputa no interior da política pública através da composição de entidades, coletivos e movimentos (Passos, 2018c; David & Vicentin, 2020; Duarte, 2021; David, 2022). Ou seja, tais fatos demonstram que há um tensionamento em relação ao apagamento do debate e da necessidade da incorporação na agenda pública.

Na realidade brasileira não é possível realizar uma leitura da formação sócio-histórico-político-legislativa da saúde mental sem levar em consideração toda a influência eugênica e racista. Logo, entender as contradições e disputas que forjam a Reforma Psiquiátrica torna-se fundamental para não permitirmos a reprodução da morte física e subjetiva daqueles/as que sempre ocuparam/ocupam os manicômios brasileiros: a população negra. É a população negra, pobre, periférica e usuária de drogas que está sendo internada nos hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas, o que significa que a interface da “guerra às drogas” não só extermina e encarcera (Borges, 2018), como leva a internação, o isolamento e a violação dos direitos humanos (Pereira & Passos, 2017), e os coloca permanentemente na mira do fuzil.

## O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COMO (RE)EXISTÊNCIA

**A**lém das eleições presidenciais, em 2022, tivemos a escolha dos governadores. No Rio de Janeiro, Cláudio Castro, foi reeleito no primeiro turno, ganhando com 58,67%, do candidato de oposição, Marcelo Freixo. Importante destacar que Castro esteve como vice de Wilson Witzel e acabou assumindo após o impeachment do ex-governador. Durante a campanha eleitoral, a área da segurança pública foi tema de grande destaque nas disputas demonstrando diferentes propostas e concepções. No caso de Cláudio Castro, o governador reeleito, defende impreterivelmente as operações policiais, o que reforça a violência em bairros e territórios periféricos.

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022), o Rio de Janeiro lidera em relação as mortes violentas e intencionais e aparece como o quarto Estado com taxa de letalidade policial por 100 mil habitantes. Em 2021, tivemos na favela do Jacarezinho, localizada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, a operação mais letal da história resultando na morte de 28 pessoas. Ou seja, foi durante a primeira gestão de Cláudio Castro que aconteceu a maior chacina do Estado do Rio de Janeiro.

Para Pereira (2022), a militarização das cidades não é um fenômeno atual e nem pode ser visto como um processo evolutivo, porém possui características específicas em cada país e, não deve ser analisado sem “dissociá-lo da forma originária do instituto moderno disciplinador de ordem e progresso” (Pereira, 2022, p. 386). Ademais, a militarização, no mundo ocidental moderno, se consolida “como um recurso primeiro de ordenamento e de imposição de valores anunciados como civilizatórios” (Pereira, 2022, p. 387). Isso significa que a imposição civilizatória moderna produz a manutenção do medo e a naturalização da militarização.

Oliveira (2020) assinala que o medo moderno emerge no interior dos navios negreiros constituídos como lugares de horror. Consideramos ser necessário compreender como a colonialidade e o racismo impõem o medo e a guerra como componentes basilares das formações nacionais que produzem contornos particulares em cada país.

Começando pelo medo apontamos o seguinte: por um lado, temos o medo irracional do branco que projetou na outridade (Fanon, 2008; 2022) a imagem distorcida do negro, ou seja, inventou-se aquele que foi caracterizado como perigoso, violento e irracional. Logo, o medo branco é marcado pela ideia de segurança e de que é preciso proteger-se do perigo oferecido pelo Outro. “Nossa hipótese é que, no navio negreiro, nasceu a ideia de medo branco da concentração espacial de negros, ou seja, negros aglomerados geram medo e todos os negros são iguais” (Oliveira; 2020, p. 112). Já, por outro lado, produziu-se a adestração do negro, imposta pela gestão do medo, materializada pela destruição da memória, dos valores, da ética e das tradições, levando-o a permanecer em seu “devido lugar”. A zona da destruição, destinada ao negro, permite com que os delírios da branquitude sejam naturalizados e incorporados



em todas as esferas da vida social proporcionando a manutenção da gestão do medo.

Batista (2014, p. 21) assinala que “no Brasil a difusão do medo do caos e da desordem tem sempre servido para detonar estratégias de neutralização e disciplinamento planejado das massas empobrecidas”. A permanente busca pelo ordenamento e controle encontra-se presente na formação sócio-histórica-econômica do país, mesmo com o fim da escravidão e a implantação da República. Pairando no ar, de maneira permanente, o medo da rebelião negra, se faz necessário para a implementação de políticas de lei e ordem. “A massa negra, escrava ou liberta, se transforma num gigantesco Zumbi que assombra a civilização; dos quilombos ao arrastão nas praias cariocas” (Batista, 2014, p. 21).

É esse medo que impulsiona a continuidade de políticas autoritárias de controle baseadas no colonialismo e no racismo, sofrendo novos contornos a partir das transformações econômicas, políticas e sociais. No caso da cidade do Rio de Janeiro existe uma marca extremamente importante: “no censo de 1849, o Rio de Janeiro te[ve] a maior população escrava urbana das Américas. A preocupação com a segurança se traduz em todos os níveis” (Batista, 2014, p. 36). Dessa maneira, a “cidade-armadilha” (Batista, 2014, p. 36), que se amplifica para outras regiões do Estado, tem o medo branco engendrado em seu funcionamento, o que faz que esteja permanentemente em defensiva contra a insurreição negra e na defesa dos bons costumes e da propriedade privada.

Em relação a guerra, Maldonado-Torres (2022) aponta que a guerra, a conquista e o genocídio são aspectos fundamentais da colonialidade. Quando os europeus chegaram nas Américas não houve uma aplicação de códigos de ética que regulavam os seus reinos, pelo contrário, foi incorporado a não ética da guerra. Isso significa que nas “Américas não foi apenas a aplicação dessa ética, mas uma transformação e naturalização da não-ética da guerra levada até o ponto de produzir uma realidade definida pela contenda” (Maldonado-Torres, 2022, p. 25). Portanto, o que desejamos apontar é que o estado permanente de guerra é “um processo perpétuo de conquista” (Maldonado-Torres, 2022, p. 29) e por meio da não ética se faz presente no cotidiano da população negra brasileira e, de maneira peculiar, no Rio de Janeiro.

Segundo Mbembe (2018), essa “guerra sem fim” é traço persistente no pensamento filosófico moderno, assim como na prática e no imaginário político europeu para afirmar a sua soberania nas colônias. A conformação do terror ganhou legitimidade jurídica a partir das formações dos Estados-Nacionais, o que significou o “direito de fazer a guerra”. “Por um lado, reconheciam-se que matar ou negociar a paz eram funções proeminentes de qualquer Estado. [...] Por outro lado, o Estado se comprometeria a ‘civilizar’ os modos de matar e atribuir objetivos racionais ao próprio ato de matar” (Mbembe, 2018, p. 33).

O Estado possui um papel fundamental na centralidade da gestão da guerra e na propagação do medo, já que é operada por uma certa civilidade e racionalidade. Como a barbárie é parte fundante da colônia, a racionalidade branca e de tradição europeia, ocupam o Estado e operacionalizam, em nome da lei, da ordem e dos bons costumes, a manutenção da guerra. Logo, o “Estado é o modelo da unidade política, um princípio de organização racional, a personificação da ideia universal e um símbolo de moralidade” (Mbembe, 2018, p. 34). Por isso, a produção da morte física e psíquica dos “selvagens”, “inimigos” e “criminosos” não é vista como um problema, uma vez que foram naturalizadas e incorporadas nos espaços institucionais, aparatos jurídicos, modos de vida e processos de subjetivação.

Dessa maneira, é preciso identificar como o medo e a guerra moldam as experiências subjetivas na realidade brasileira e impactam diretamente na saúde mental da população negra. Isso significa que nos processos de subjetivação, ou seja, na maneira como os indivíduos se constituem e organizam a dinâmica da vida, os impactos do terror se fazem presente. Diante de tais elementos, como podemos pensar na produção de vida daqueles que são alvos permanentes dessa guerra? Como produzir outras formas de ser e existir? Como o campo da saúde mental pode contribuir?

Destacamos que é necessário desnaturalizar que os territórios de favela sejam identificados como lugares de horror, atualizando a violência dos navios negreiros. Para Oliveira (2020), o processo violento de desterritorialização da África para as Américas produziu heranças na distribuição de renda desigual e na segregação racial do espaço. Na própria organização da cidade do Rio de Janeiro tivemos



uma distribuição espacial racial que proporcionou a ocupação da população negra em morros e regiões periféricas da cidade.

No cotidiano dos territórios periféricos vivencia-se a imposição do adestramento do negro através dos tribunais de rua, o que reafirma a noção de que o negro precisa estar em “seu devido lugar” (Oliveira, 2020). A presença constante do braço armado do Estado, justificado pela “guerra às drogas”, é o principal meio de manutenção do controle e subjugação da população negra, impondo o medo como parte da experiência de condenação daqueles que moram nas favelas. Dessa forma, a segregação racial do espaço permite com que haja uma autorização para o julgamento e a condenação dos que ousam transgredir.

Para “os condenados da terra” (Fanon, 2008) os tribunais de rua também acontecem por meio da produção do sofrimento e adoecimento psicossocial, em especial, das mães e familiares vítimas de violência de Estado. A estratégia de adestramento precisa gerir a produção constante do medo, expressa em territórios de conflito armado, levando a permanente destruição subjetiva daqueles que são identificados como inimigos. Nesse sentido, o debate da saúde mental, na perspectiva antimanicomial, precisa ser acionado para questionar a individualização da produção da destruição promovida por uma estrutura e dinâmica que se propõem a matar.

Segundo Martín-Baró (1990), a saúde mental deve ser localizada a partir do contexto social, histórico, político e econômico de cada indivíduo e das relações sociais que constituem sua rede. A guerra promove impactos muito profundos nas relações humanas gerando uma castátrufe desumanizadora e destruidora. Nesse caminho, para o autor, não é possível assumir uma compreensão uniforme dos efeitos da guerra na população e, para isso, deve-se levar em consideração a classe social, o envolvimento no conflito e a temporalidade.

A partir dos elementos apresentados por Martín-Baró (1990), podemos pensar os efeitos da guerra permanente na população negra favelada e de como a saúde mental pode contribuir com estratégias de resistência e afirmação da vida. Para Martín-Baró (1990), os pobres são os mais atingidos pela guerra, por um lado como parte do contingente armado quanto por serem atingidos pelo desemprego, pobreza, falta de assistência a saúde e etc. Já, em relação ao

envolvimento no conflito, a população civil é marcada pela vulnerabilidade, terror, desemprego, estupro, tortura, assassinato ou execução em massa, bombardeio e destruição de cidades. No caso da temporalidade é preciso atentar-se aos efeitos de médio e longo prazo, principalmente, nas crianças. Quanto mais prolongadas as guerras maiores e mais profundos os efeitos.

A concepção de saúde mental apresentada por Martín-Baró (1990) compreende que as relações humanas influenciam como cada indivíduo responde à realidade e ao seu funcionamento. Em realidades tão complexas, marcadas pela intensa violência, como o cenário de guerra em El Salvador, as consequências são desvadoras. Tais marcas precisam ser identificadas como uma forma de não redução do sofrimento e do adoecimento psicossocial à individualização, mas reconhecidas como fruto de uma sociedade em conflito.

A realidade das favelas do Rio de Janeiro é marcada pelos intensos conflitos, armamento pesado, assassinatos e execuções em massa, tortura, desemprego, carros blindados, destruição e violência. Tais situações ocorrem nos territórios racialmente demarcados como lugares de horror e de violência, podendo ter a presença armada do Estado a qualquer momento sem pedir licença para operar. Como consequência, temos as vítimas diretas, os mortos, e as vítimas indiretas, as mães e familiares, que precisam lidar com as consequências permanentes do terror de Estado e da não ética de guerra.

Eu não consigo ver polícia, que eu entro em desespero, se eu ver eles ali, minha situação toda acaba, aquilo me poda de qualquer coisa, não consigo. Aqueles homens de preto, me dá muito trauma, então não saio de casa de noite por medo, porque eu tenho medo que eles façam alguma maldade comigo.

E aí comecei a ter medo e não vou mais na rua, às vezes está sem nada dentro de casa e eu não consigo ir, porque eu não me sinto mais segura de sair, ficar em praça, essas coisas assim, eu não me sinto mais. [...] Mas não digo onde eu vou pra ninguém, só o meu marido sabe pra onde eu vou (Margarida).

Quando tem operação policial [...] aquilo ali paralisa minha rotina totalmente, eu não consigo fazer nada. Principalmente quando



as operações vem com helicóptero, eu já levanto correndo da minha cama, corro para o quarto da minha filha, porque geralmente quando chega o helicóptero já chega com tiros. [...] porque a gente não sabe os dias que vão acontecer as operações, então pega a gente de surpresa. E aí eu só consigo ficar sentada no sofá... não consigo fazer minhas tarefas mais corriqueiras, as tarefas mais práticas, não consigo comer, é um dia que eu fico... a gente não vai na rua, não consigo ir na rua, é muito medo, é um pânico (Orquídea).

Na experiência das mães e familiares vítimas de violência o Estado identifica-se um certo processo de elaboração do luto e da dor, ocasionado pelos assassinatos, e que nos auxilia na construção de possibilidades de um saber-fazer em saúde mental que reafirme a vida. Compreendemos ser necessário caracterizar a materialização dessa produção do sofrimento e adoecimento psicossocial que se faz presente no cotidiano de mulheres negras, sem por isso afirmar um essencialismo. São essas as diferentes fases de elaboração da dor: 1) desespero; 2) choque; 3) perda de rumo; 4) questionamentos; 5) deslocamento ou permanência.

Primeiramente apontamos que a bala que assassina e mutila é a mesma que permanece girando e promovendo a mortificação lenta e dolorida das mães e familiares. A produção do aniquilamento é vivo e diário nos territórios racializados, tendo por consequência a continuidade de mortes semelhantes. Dessa forma, compreendemos que todos os negros e negras encontram-se na mira do fuzil, sendo que o grande desafio é a produção do deslocamento desse lugar de horror.

Em relação à primeira fase, identificamos que acontece no momento em que ocorre a notícia. Nesse instante há uma paralisia em relação ao que deve ser feito, pois o fato não parece ser real. Entretanto, quando a situação vai tomando forma e sendo processada, o desespero se faz presente. Vai ser no dia seguinte, no dia do enterro, na materialização do extermínio, que acontecerá a segunda fase, em que se contorna o que será possível depois. O dia seguinte marca toda a vida daquelas que são mães e familiares vítimas de violência. A terceira fase corresponde à perda de rumo. A existência vai sendo reduzida àquela dor e angústia que produzem um sufocamento dilacerante. Não se sabe o que fazer, como

planejar, voltar a rotina. Perde-se o sentido do existir que fica reduzido à dor da perda, demonstrando que a dilaceração da existência é perversa e silenciosa, levando algumas mães e familiares a cometerem suicídio ou “morrer de tristeza”. Na quarta fase temos os questionamentos em relação aos fatos e aos motivos do assassinato. A culpa se faz presente, principalmente para as mulheres que são questionadas por serem “mães de bandidos”. Todas as instituições e discursos direcionam-se para contestar a educação dada pela família, em especial, das mães que deveriam controlar e corrigir a prole. Além disso, questiona-se os fatos e os motivos que produziram o assassinato. É nesse momento que antecede a quinta fase, em que pode ocorrer uma transformação através da ressignificação da dor e produzir o deslocamento do lugar de horror, ou a permanência na destruição e, por consequência, ser mutilada e morrer aos poucos. Dessa forma, é preciso deslocar-se da mira do fuzil para não ser mais uma na estatística.

O fuzil ele [...] gira, ele acerta o nosso filho, mas ele gira. Ele me acertou, ele acertou os meus filhos que ficaram, ele vai acertando. Hoje, não digo 16 anos, [...], mas eu acho que depois de 8 anos ou 7 anos que esse fuzil que tava total girado para mim e para os meus filhos, ele começa a ter outro caminho. Porque é quando a gente começa a se levantar; começa a comemorar o meu aniversário; começa a enxergar as coisas de outra forma; eu começo a entender que eu posso viver o luto sem ser no cantinho.

O tempo vai fazendo o que para umas dá tempo, mas para outras não tem tempo, porque tem umas que não aguentam mesmo e acabam... você vê que algumas morrem, porque essa dor mata. Mata de verdade! De verdade! Têm outras que dá pra viver mais um bocadinho que é o meu caso (Rosa).

É através da experiência coletiva que as mães e familiares conseguem não sucumbir e se deslocarem do lugar de horror, produzindo novos sentidos para a existência. Na convivência com outras mulheres produz-se os primeiros suportes de cuidado em



saúde mental, ou seja, no lugar da “troca-zero”,<sup>23</sup> proporcionada pela “mortificação do eu” (Goffman, 2008), tem-se a promoção da vida gerada pelo encontro. O que parecia ser apenas um problema individual ganha outro sentido na coletividade.

Aqui podemos dialogar com a noção de dororidade, apresentada por Piedade (2017), que entende a produção da dor das mulheres negras como fruto de uma experiência marcada pelo patriarcado e pelo racismo, e, porque não, o classismo. Tal conceito nos auxilia na compreensão de que a morte para o “não-ser” (mulher) negra ganha maior complexidade, uma vez que no mundo antinegro a destruição e a perda são esperados. Portanto, a dor é traço constitutivo da subjetividade das mulheres negras e, por consequência, se espera com que aguentem muito mais sofrimento.

É na potência do encontro que as mães e familiares vítimas de violência produzem o deslocamento de lugar e constroem recursos subjetivos para lidar com a ausência. O que ocorre é a redução dessas mulheres à experiência da dor dilacerante e que passa a ser constitutiva de suas existências. Os efeitos do estado permanente de guerra e da violência são tão avassaladores que lhes retiram os poucos recursos subjetivos, aniquilando os projetos de futuro e as fixando na identidade de “mortas-vivas”.

Dessa forma, são nas relações de trocas de experiências, afetos e informações que podem ser moldados outros contornos para existir além da dor. É preciso produzir estratégias de acolhimento e suporte que sejam individuais e coletivos, que permitam a ampliação das redes de suporte, responsabilização comunitária, escuta, articulação com território, a garantia de direitos e a promoção da liberdade. Assim, a concepção de saúde mental, embasada nos princípios antimanicomiais e antirracistas, pode contribuir com novas propostas de saber-fazer que promovam a vida e a (re)existência das mães e familiares vítimas de violência de Estado, a partir de ações nos equipamentos especializados ou intersetoriais ou nos próprios territórios periféricos.

<sup>23</sup> A noção de “troca-zero” foi cunhada por Basaglia (2005) para identificar a anulação e destruição promovida pelo tratamento ofertado no interior dos hospitais psiquiátricos.

## CAPÍTULO 5

# “SOMOS TODOS ÓRFÃOS?”

## POR UM RESGATE ONTO-ANCESTRAL

*Uma das formas de exercer autonomia é possuir um discurso de si mesmo.*

(Sousa, 1983, p. 17)

**C**himamanda Adichie nos alerta sobre “o perigo de uma história única”. A construção de uma narrativa universalizante produz apagamentos, silenciamentos e homogeneizações, além de toda a destruição e morte propagada. Logo, “a colonialidade mata e ensina a matar” (Machado, 2019, p. 63), já que os múltiplos saberes,



culturas, valores e tradições não são reconhecidos como conhecimento e precisam ser exterminados.

O conhecimento é fonte e potência de vida e negá-lo significa a destruição. Dessa forma, faz-se necessário o resgate de memórias coletivas que promoveram/promovem rupturas com o saber-fazer imposto pelo colonialismo/colonialidade. Só se torna possível a produção de mudanças no presente e a construção de projetos para o futuro, ao conhecer o passado.

Como assinala Rufino (2019, p. 9, grifos do autor), “me inspiro nas lições passadas por aqueles que foram aprisionados nas margens da história para aqui firmar como verso de encanto a defesa de que a condição do *Ser* é primordial a manifestação do *Saber*”. Dessa forma, a constituição do ser só se torna possível pelo conhecimento produzido e afirmado coletivamente e, por isso, é preciso combater o esquecimento. “O não esquecimento é substancial para a invenção de novos seres, livres e combatentes de qualquer espreitamento do poder colonial” (Rufino, 2019, p. 16).

Através da ontologia do colonizador, fundamentada no horizonte filosófico ocidental, temos uma concepção de ser sustentada pelo “não-ser” como fundamento. Ou seja, é a noção de outridade (Fanon, 2008; 2022) que é base da justificativa de uma ontologia da destruição. Isso significa que é preciso um resgate de “outro horizonte filosófico, orientado pelo princípio da ancestralidade” (Rufino, 2019, p. 16) para afirmar a vida como princípio. “A dimensão do ancestral está imbricada à imanência do ser, fundamenta tanto uma ontogênese, como também uma ontologia. A natureza elementar dos seres, como as suas potências, converte-se em ações de transgressão dos limites da colonialidade” (Rufino, 2019, p. 16).

Ao invocarmos as sabedorias ancestrais temos como princípios a presença, o saber e a comunicação como a prática em encruzilhadas. A noção de encruzilhada é uma prática ancestral que aqui é “lançad[a] como disponibilidade para novos horizontes que reivindicam a sofisticação de um mundo plural, pujante e vigoroso, contrário e combativo ao desencanto do mundo” (Rufino, 2019, p. 16).

Trabalhar com a noção de encruzilhada permite o combate a qualquer absolutismo e possibilita a transgressão das verdades universais do colonialismo/colonialidade. “O cruzo é a rigor uma

perspectiva que mira e pratica a transgressão e não a subversão, ele opera sem a pretensão de exterminar o outro que se joga, mas de engoli-lo, atravessá-lo, adicioná-lo como acúmulo de força vital” (Rufino, 2019, p. 18).

Para Fanon (2020), o negro se faz a partir do branco, pois ele precisa negar-se para estar no mundo. Tal negação não é apenas de si, mas de tudo aquilo que representa as tradições oriundas de África e recriadas na diáspora. O colonialismo/colonialidade degenera o ser para afirmar o fetiche branco. Assim, o resgate ancestral não é para fixar no passado uma idealização e nem produzir mistificações que negam as contradições, mas possibilitar que o negro tenha um encontro consigo sem a mediação do branco.

Lélia Gonzalez (2020b) desenvolveu a categoria político-cultural de amefricanidade com o intuito de contribuir com a produção de ruptura do inconsciente coletivo branco e, de maneira criativa, olhando para a formação histórico-cultural do Brasil. Para a autora, é preciso identificar na diáspora a experiência comum entre as diferentes sociedades do continente Amefricano, incorporando todo um “processo histórico de intensa dinâmica cultural (adaptação, resistência, reinterpretação e criação de novas formas) que é afrocentrada” (Gonzalez, 2020b, p. 135).

Nesse caminho, a categoria amefricanidade propõe ultrapassar as “limitações de caráter territorial, linguístico e ideológico, abrindo novas perspectivas para um entendimento mais profundo dessa parte do mundo onde ela se manifesta: A AMÉRICA como um todo” (Gonzalez, 2020b, p. 135). É preciso reconhecer que a experiência na América Latina se estabeleceu de maneira diferente daquela vivenciada no continente Africano, porém possuímos uma herança africana que é fonte de revitalização. Assim, reconhecemos “o esquecimento ativo de uma história pontuada pelo sofrimento, pela humilhação, pela exploração, pelo etnocídio aponta para uma perda de identidade própria”, ao mesmo tempo que não se pode deixar de levar em conta a “heroica resistência e a criatividade na luta contra a escravização, o extermínio, a exploração, a opressão e a humilhação” (Gonzalez, 2020b, p. 136).

No Brasil, o “pretuguês” (Gonzalez, 2020a), é a marca da africanização do português pronunciado no país. Foram as mulheres negras, no interior da casa grande, atuando como mucama,



mãe-preta e ama de leite, que protagonizaram a africanização da cultura brasileira. No desenvolvimento do trabalho de cuidados e na educação das crianças brancas pequenas, diferentes histórias foram contadas e recontadas, fazendo parte das distintas formas de resistência. “E uma delas é a chamada “resistência passiva”. A nosso ver, a mãe preta e o pai-joão, com suas histórias, criaram uma espécie de “romance familiar” que teve uma importância fundamental na formação dos valores e crenças do povo” (Gonzalez, 2020a, p. 54).

Outras formas de resistências devem ser trazidas para que possamos promover deslocamentos dos lugares de horror destinados para os negros. A cordialidade brasileira compõe o discurso da história oficial do país e, afirma que, pelas bandas de cá, os conflitos e tensões sempre foram resolvidos pacificamente. Quando trabalhamos com uma narrativa afrocentrada identificamos formas de resistências que combateram a situação subumana da população negra.

A formação dos primeiros quilombos, na região das plantações de cana-de-açúcar no Nordeste, aconteceu por volta de 1559, sendo que “os quilombos existiram em todo o país como a contrapartida, o modo de resistência organizada do povo negro contra a superexploração de que era objeto” (Gonzalez, 2020a, p. 51). Importante sinalizar que a migração da população escravizada, que atendia os interesses do sistema econômico, possibilitou maior distribuição geográfica dos quilombos.

Segundo Clóvis Moura (2013a, p. 334), a quilombagem — movimento histórico e social — “perdurou durante todo o tempo em que existiu a escravidão no Brasil e foi um elemento de desgaste permanente do sistema escravista”. O autor ainda destaca que os ataques eram permanentes e as autoridades não davam tréguas. “É oportuno esclarecer que somente a partir do século XVII é que o ajuntamento de negros fugidos passou a ser denominado quilombo. Antes eram conhecidos por mucambos” (Moura, 2013b, p. 335). Além disso, “o quilombo, como se estruturou no Brasil, decorreu de condições específicas do escravismo brasileiro” (Moura, 2013b, p. 337), demonstrando como a resistência negra compõe as práticas de longa duração histórica.

Para Gonzalez (2020a, p. 51), “o primeiro Estado livre de todo o continente americano existiu no Brasil colonial, como denúncia viva do sistema implantado pelos europeus no continente”.

Durante o período de 1595 a 1695 tivemos em terras brasileiras a República Negra de Palmares estabelecida em terras alagoanas. A historiografia oficial não conta como essa experiência protagonizou a criação de uma sociedade democrática e igualitária, — política, social e economicamente —, gerida por uma “*efetiva* harmonia racial, já que sua população, constituída por negros, índios, brancos e mestiços, vivia do trabalho livre cujos benefícios revertiam para *todos*, sem exceção. Na verdade, Palmares foi berço da nacionalidade brasileira” (Gonzalez, 2020a, p. 51, grifos da autora). Não havia homogeneidade no interior desse Estado multiétnico.

Trazer Palmares para a centralidade da narrativa possibilita deslocamentos políticos, sociais, éticos, estéticos e culturais importantes para a produção da noção de ser delineado na diáspora e silenciado pela narrativa outrificante. De acordo com Pires (2021, p. 296), no percurso da história oficial “os(as) palmarinos(as) foram alçados(as) à categoria de primeiros(as) inimigos(as) por aqueles que conduziram a penetração colonial sobre terras indígenas e enriqueceram com o tráfico de escravizados africanos”. Tais elementos nos mostram como no país as “classes perigosas” já se faziam presentes na colônia e ganharam outros contornos posteriormente.

No texto *Legados da Liberdade*, Pires (20221) propõe-se a identificar a noção de liberdade mobilizada nas práticas dos palmarinos, sendo definido em três formas: 1) nascido livre em Palmares não seria escravizado; 2) aqueles que conseguiam chegar em Palmares eram considerados livres; 3) pelo compromisso com a libertação coletiva. Ou seja, “a liberdade [era] tomada como algo que não se reduz a noção de direito natural, mas algo que deve e pode ser conquistado por distintas formas, por todas as formas de ser e estar no mundo e na natureza” (Pires, 2021, p. 299).

Palmares é reconhecido como um Estado Negro. Pires (2021) chama a atenção para não partirmos da oligarquia do imaginário político brasileiro para analisar o modelo oligárquico palmarino. “A disposição no/do território em Palmares se organizava em termos muito distintos da proteção da propriedade privada como mecanismo de acumulação de riqueza e manutenção dos ativos econômicos” daqueles que possuem a humanidade reconhecida (Pires, 2021, p. 304). A lógica da propriedade privada não fazia parte do Estado palmarino e nem da noção de liberdade.



Partindo da compreensão de que Palmares foi um Estado negro, sua população considerada os primeiros inimigos internos e alvo de permanentes investidas de eliminação, toma-se como ponto de partida a localização da (re)criação de uma outra noção de ser nascida na diáspora. Ao negar a memória, tradições, culturas, valores e estéticas, o racismo e o colonialismo arrancaram toda a multiplicidade de existir, afirmado pela lógica da destruição. Trazer para a memória coletiva as potencialidades palmarinas permite um deslocamento subjetivo, ressignificando a imagem do negro contornada pela branquura. Podemos dizer que a orfandade produzida pelo racismo perde forças quando lembramos as origens diaspóricas. Dessa maneira, como tais práticas podem ganhar novos contornos no campo da saúde mental a partir da atenção psicossocial? É possível a construção de experiências antimanicomiais radicalmente antirracistas que atualizem práticas de longa duração histórica?

## **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, ANTIRRACISMO E A CLÍNICA DA DELICADEZA**

No contexto da pandemia de Covid-19, especificamente, nos anos 2020 e 2021, enquanto a população mundial estava praticamente quase toda enclausurada em casa, tivemos a ampliação do debate da saúde mental e da luta antirracista. Se por um lado, dados e relatos denunciavam a predominância das mortes de negros e negras no Brasil e Estados Unidos (Oliveira et al., 2020), por outro a preocupação com o sofrimento e adoecimento psicossocial ganhou notoriedade para os diferentes públicos e interesses.

Para a população negra, a pandemia foi atravessada por morte, dor e violência ocasionada pela contaminação da doença, pelo aprofundamento das desigualdades e pela violência armada. Mesmo com a propagação do isolamento como principal estratégia para evitar a transmissão, não foram cessadas as ações do braço armado do Estado e dos grupos civis armados, mantendo o cenário permanente de guerra. Ao mesmo tempo, a população negra, pobre e periférica permaneceu trabalhando presencialmente com ou sem nenhum vínculo empregatício para garantir sua subsistência.

Nos Estados Unidos, o caso de George Floyd ganhou repercussão internacional e impulsionou as manifestações do “Black lives matter”.<sup>24</sup> Em 25 de maio de 2020, na cidade de Mineápolis, Floyd tinha ido comprar cigarros e acabou detido, imobilizado e morto de forma violenta. Um policial manteve o joelho sob o rosto da vítima por oito minutos enquanto exclamava: “eu não consigo respirar”. O assassinato foi registrado e divulgado nas redes, o que gerou uma enorme onda de indignação por todo o país.

Enquanto as manifestações avançavam nos EUA, no cenário brasileiro, a violência policial não dava trégua nas favelas. Crianças, adolescentes, jovens e adultos eram mortos por balas perdidas. Podemos recordar o caso do menino João Pedro,<sup>25</sup> de 14 anos, morador no Complexo do Salgueiro, município de São Gonçalo, grande Metrópole do Rio de Janeiro, que levou um tiro fatal dentro de casa durante uma operação policial. Diante desse cenário caótico, mães e familiares vítimas de violência de Estado ocuparam as ruas para denunciarem as constantes mortes, mesmo tendo uma liminar provisória expedida pelo Supremo Tribunal Federal proibindo a realização de operações policiais nas favelas do Rio de Janeiro durante a pandemia.

Já, em relação ao debate da saúde mental, diferentes perspectivas teóricas, políticas e clínicas ocupavam a cena. Havia uma demanda para que pesquisadores, professores e profissionais do campo pudessem analisar os impactos do isolamento social, do processo de sofrimento e morte ocasionados pela pandemia. Se por um lado avançamos na visibilidade e importância da temática, por outro o discurso centrado na patologização, medicalização, psiquiatrização e psicologização do sofrimento expandiu-se como nunca.

A sociedade, as mídias e o mercado farmacêutico incorporaram uma narrativa da necessidade de se falar do aumento da ansiedade, depressão, estresse, consumo de substâncias psicoativas, dentre outros. Um discurso centrado na afirmação de que teríamos

<sup>24</sup> O movimento “Vida negras importam” emergiu em novembro de 2014, tendo a participação de dezenas de milhares de pessoas em atos e protestos, e reivindicam o fim da brutalidade policial contra negros norte-americanos.

<sup>25</sup> Disponível em: <https://www.brasilefato.com.br/2020/05/31/protestos-por-george-floyd-crescem-nos-eua-rio-tera-manifestacao-neste-domingo-31>. Acesso em: 11 jan. 2023.



uma “pandemia de transtornos mentais”. O Conselho Federal de Enfermagem publicou em seu *site* a seguinte matéria: *Brasil vive uma segunda pandemia, agora na saúde mental*,<sup>26</sup> alertando exatamente sobre o crescimento de casos de depressão e ansiedade no país.

No caso dos bairros periféricos e de favelas, o debate da saúde mental também ganhou repercussão, mas não pelo poder público. No geral, movimentos, coletivos e iniciativas das próprias comunidades produziram pesquisas e mapeamentos sobre a situação da saúde mental da população. Importante assinalar que o protagonismo dos coletivos e movimentos negros, em especial de mulheres negras, foi fundamental no combate ao coronavírus. Sem a participação ativa desses atores na comunidade muitas pessoas teriam morrido de fome, violência e Covid-19.

Na pesquisa realizada pela Agência de Notícias das Favelas (ANF), intitulada *Saúde Mental na Periferia, como vamos?*,<sup>27</sup> financiada pela Chamada Pública de Apoio a Ações Emergenciais de Enfrentamento à Covid-19 nas Favelas do Rio de Janeiro, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), identificou-se que entre os mais de 600 moradores de cinco favelas do Rio de Janeiro, 52% apresentaram ansiedade durante a pandemia. Além do mais, a ANF atuou com a oferta de atendimentos psicoterápicos para as mulheres em vulnerabilidade.

Já o coletivo Movimentos, realizou a pesquisa *Coronavírus nas Favelas: a Desigualdade e o Racismo sem Máscaras*, que analisou a amplificação das violações de direitos humanos na pandemia nas favelas da Cidade de Deus, do Complexo do Alemão e do Complexo da Maré, no Rio de Janeiro. No relatório publicado constatou-se que a população apresentava maiores traços de ansiedade, angústia e dificuldades com sono. Consta que 388 (43,1%) dos entrevistados afirmou sentir algum nível de depressão. O perfil dos mais atingidos são as mulheres com idade de 30 a 39 anos. Destacamos que o material sinalizou ser possível a existência de transtor-

26 Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/brasil-cnfronta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental\\_103538.html](http://www.cofen.gov.br/brasil-cnfronta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental_103538.html). Acesso em: 13 jan. 2023.

27 Disponível em: <https://www.terra.com.br/comunidade/visao-do-corre/pesquisa-mostra-como-esta-a-saude-mental-nas-favelas-do-rio,69c7232e98321c8247979afb-3064d3574audp1b.html>. Acesso em: 11 jan. 2023.

nos mentais por parte da população e que nas favelas existe muita dificuldade de acesso ao tratamento psicoterápico e psiquiátrico.

Nesse caminho, observa-se que em ambas as pesquisas existe uma predominância de concepção de saúde mental centrada em um modelo clássico de atendimento e diagnóstico. Inclusive, em matéria divulgada pelo jornal *Estadão*, intitulada *Nas favelas do Rio, saúde mental piora na pandemia*, o subtítulo da chamada destaca que *mais de 40% dos moradores desenvolveram depressão, mostra pesquisa*. Tal fato apenas demonstra tanto o perigo de uma patologização, psiquiatrização e medicalização em massa da população negra, pobre e favelada por apresentar possíveis sintomas de “doença mental”, quanto o enorme desafio de amplificação do debate junto a sociedade para a promoção e construção de novas tecnologias de cuidado em saúde mental, antimanicomial e antirracista, a partir da atenção psicossocial.

Afinal, o que é a saúde mental na perspectiva da atenção psicossocial? O que se propõe? Quais os seus princípios e estratégias? Vejamos. Primeiramente, assinalamos que a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial inauguraram o campo da atenção psicossocial, tendo como base as seguintes dimensões: acadêmico-científica, ético-política, jurídico-legislativa, técnico-operacional e sociocultural. Em segundo, são essas dimensões que subsidiam a proposta central do campo: o cuidado em saúde mental. E, em terceiro, a produção de um novo lócus do saber-fazer em saúde mental.

A atenção psicossocial não é um campo estático, mas que está em constante metamorfose, ou melhor, em um campo peripatético (Lancetti, 2008). Sua composição emerge influenciada pelas lutas sociais e mudanças conjunturais da defesa da democracia. Dessa forma, é forjado em um processo de transformação importante no país, mas com tensões permanentes geradas pelas contradições inerentes ao capitalismo. Nesse processo de constituição de uma nova proposta de concepção, buscou-se romper com o arcaico e modular novas experiências que foram sendo inauguradas e instituídas como política pública.

Apesar da forte influência Italiana, protagonizada por Franco e Franca Basaglia, Franco Rotelli, Ernesto Venturini dentre outros, a experiência brasileira conseguiu estabelecer um projeto inédito e particular, constituído de diferentes concepções internas, porém



com bases sólidas e potentes para afirmação da vida. Inclusive, o Basaglia em uma de suas conferências assinalou o seguinte: “não sei qual é a técnica que servirá para a destruição dos manicômios brasileiros. Não será inglesa, francesa ou italiana, muito menos americana. Será uma técnica brasileira. É disto que o Brasil precisa” (Basaglia, 1979, p. 48).

Ao propor e inaugurar um novo campo do saber-fazer em saúde mental é preciso conhecer as bases do modelo que foi estabelecido como hegemônico na assistência, na formação profissional, na legislação, no desenvolvimento econômico e nos valores morais e éticos. Ou seja, foi necessário identificar e nomear para questionar e propor novos caminhos. Portanto, compreender como o racismo, a psiquiatria e o colonialismo/colonialidade forjam a sociedade brasileira é primordial para a constituição da atenção psicossocial, já que sem uma base sólida do conhecimento crítico não é possível promover a ruptura com o velho, se não teremos uma reprodução daquilo que é fundamento da sociedade.

Antonio Lancetti, em sua publicação *Clínica peripatética* (2008), apresenta experiências de sua trajetória profissional e ao descrevê-las mostra como operacionalizou a clínica fora do consultório, em especial, em equipamentos públicos. A estratégia do atuar em movimento emergiu dos atendimentos com pessoas que não se adaptavam aos protocolos tradicionais. Tal proposta rompe com o saber-fazer e o lócus clássico de tratamento psiquiátrico levando-o a acionar outras ferramentas e a produzir um novo formato de escuta.

É com esse *modus operandi* do estar em movimento que as dimensões se fazem presentes no cotidiano da micropolítica, ou seja, na operacionalização do cuidado em saúde mental. Assim como a realidade não é estática, os sujeitos e suas respostas também não são. Além de não serem fixas, as subjetividades são contornadas pelas relações de gênero, raça, classe, território, geração, regionalidade etc., o que modula o sofrimento e adoecimento psíquico. Dessa forma, há uma intersecção presente que é fundamental na operacionalização do saber-fazer.

A atenção psicossocial forjou-se priorizando a desinstitucionalização daqueles que estiveram internados nos hospitais psiquiátricos. Adotou-se como um “trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução

institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas” (Rotelli; Leonardi & Mauri, 2001, p. 29). A partir da desconstrução interna da intervenção prática, do modelo, do saber basilar, das estruturas institucionais e das normativas estabeleceu-se a saída responsável dos internos para novos equipamentos. Foi nesse processo de expansão e implementação que se ampliou a oferta assistencial.

Entretanto, existe um enorme desafio que diz respeito a produção do sofrimento e adoecimento psíquico modulado na cena contemporânea. Com o aprofundamento do neoliberalismo e as transformações ocorridas com as crises cíclicas do capitalismo, os processos de subjetivação e os modos de vida sofreram metamorfoses. Não levar em consideração as mudanças da macropolítica leva ao distanciamento da operacionalização do saber-fazer na micropolítica, o que gera a negação da dialética. Portanto, entendemos que a saúde mental não é uma questão apenas daqueles considerados casos crônicos e graves produzidos no hospício.

A homogeneização das experiências no processo de desinstitucionalização não levou em consideração a intersecção que contorna o sofrimento e adoecimento psíquico, o que perpetuou a estrutura racista, patriarcal, classista, elitista e colonial. A desinstitucionalização na experiência brasileira não pode estar reduzida a fechar os manicômios, pois os mesmos são um produto da estrutura colonial e racista e ganham novos formatos na atualidade, até mesmo a céu aberto. Dessa forma, a atenção psicossocial só pode existir sendo antimanicomial, antirracista e decolonial.

O “louco” na América Latina é atravessado, em seus sintomas, pelas expressões do racismo, patriarcado e classismo. Ninguém está isento ou fora daquilo que subsidia a modernidade. Dessa maneira, pela dimensão sociocultural podemos trazer para a cena Gonzalez (2020b, p. 127), quando afirma que o Brasil é “um país cujas formações do inconsciente são exclusivamente, brancas”. Existe uma degeneração do negro, afirmada pelo mito da democracia racial, reproduzida na saúde mental, a partir do momento que a cultura popular naturaliza as identidades de negra maluca e crioulo doido (David & Vicentin, 2020), produzindo uma introjeção de que a loucura é negra.



As identidades instituídas pela branquitude e destinadas para mulheres e homens negros encontram-se presentes na dimensão jurídico-legislativa. Quando apontamos o imbricamento entre racismo, psiquiatria e criminologia reconhecemos a criação das denominadas “classes perigosas”. Na ontologia do colonizador o crime, a violência e a loucura são componentes da zona do “não-ser” e, por isso, criaram-se saberes e práticas para promover o controle, a subjugação e morte dos indesejáveis. Portanto, as mudanças implantadas pela Reforma Psiquiátrica precisam avançar no sentido de não ficarem restritas a área da saúde, já que a noção de “loucura” forjou, inclusive, o código penal brasileiro.

Podemos destacar que uma das formas de manutenção dessa relação entre criminalização e loucura se faz presente nas internações compulsórias. São as pessoas em situação de rua com histórico de uso prejudicial de álcool e drogas que se encontram permanentemente na mira do Estado. Essa internação é determinada pela justiça e vem sendo incorporada, pelas instâncias municipais e estaduais, para recolher e internar a população concentrada nos grandes centros urbanos, principalmente, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo. A legislação<sup>28</sup> que foi elaborada e sancionada para proteger tem sido instrumento de perpetuação da dinâmica racista, classista e colonial.

Para operacionalizar o recolhimento e a institucionalização das pessoas convoca-se os profissionais das políticas de saúde, saúde mental e assistência social. Por mais que estejamos caminhando para continuar fechando o hospital psiquiátrico e substituindo pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o trabalho em saúde mental não está restrito aos equipamentos especializados. A produção do sofrimento e do adoecimento psíquico encontra-se na vida e precisa ser entendido nas diferentes atuações profissionais no interior das políticas públicas.

Contudo, cabe destacar que nem todo sofrimento gera adoecimento e nem todo adoecimento é grave ou crônico, portanto, há diferenças na oferta desse atendimento. O que desejamos é ampliar o escopo da saúde mental demonstrando que é transversal, com-

28 A internação compulsória está prevista na Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

pondo todas as esferas da vida social e, por isso, não pode restringir-se aos “especialistas”. A pandemia despertou na sociedade uma atenção as situações e os diversos sentimentos e sensações ocasionados pelo isolamento social, dificuldade de elaboração do luto, violências e etc., demonstrando que a manutenção da vida possui forte ligação com a promoção da saúde mental.

Lancetti (2008, p. 47) faz uma crítica importante para a atenção psicossocial, ao sinalizar que a maioria dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) “não funciona pensando na cidade, e em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência”. O autor ainda destaca que ocorre uma escolha pelos perfis de usuários a serem atendidos e, até mesmo, adaptados às especialidades, além dos modelos terapêuticos selecionados pelos profissionais. O que gera a burocratização e o engessamento da dimensão técnico-operacional, seguindo na contramão do *modus operandi* proposto. Portanto, nega-se o movimento, a criatividade e a produção de novas estratégias.

As tecnologias e estratégias que compõem o campo da atenção psicossocial foram/são criadas no processo de elaboração, implementação, avaliação das políticas e dos serviços de saúde mental, demonstrando que não é simples o desempenho. Isso demanda intensa produção de conhecimento acadêmico-científica que deve estar relacionada a sistematização e avaliação das experiências exitosas. Apesar da disputa ético-política na saúde mental, torna-se urgente rebater o discurso que esvazia a cientificidade do campo da atenção psicossocial. Romper com o modelo biologizante exige com que os pesquisadores e professores tenham maior participação nos processos.

As instituições acadêmicas e científicas possuem um papel fundamental na construção do conhecimento, o que exige uma interlocução permanente com a realidade, a sociedade e as políticas públicas. Para isso a participação não pode se dar com uma postura hierárquica que enfatiza os da prática e os da teoria, reafirmando uma falsa polarização e servindo apenas para fortalecer um viés reducionista. Dessa maneira, a produção do conhecimento tem um papel imprescindível na construção de novas narrativas que precisam partir das premissas antimanicomiais, antirracistas e decoloniais.



A dimensão acadêmico-científica na atenção psicossocial não pode mais permanecer em silêncio em relação ao racismo e nem apagar o protagonismo negro na construção do campo. Não reconhecer a influência eugenista e higienista na construção da identidade nacional, a manicomialização da população negra, a naturalização do mito da democracia racial, o protagonismo negro na história da psiquiatria, da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e os impactos das expressões do racismo na saúde mental da população negra é coadunar com a estrutura da destruição. Logo, é preciso a ampliação do arcabouço científico comprometido com o antirracismo.

Nessa direção, chamamos atenção para a dimensão ético-político. A liberdade é uma premissa basilar da atenção psicossocial. Romper com o aparato manicomial significa a defesa intransigente da liberdade negando todo isolamento compulsório e punitivista. A liberdade na perspectiva antimanicomial corresponde ao respeito às diferenças e a um determinado cuidado que aposte na capacidade dos indivíduos em operar suas próprias escolhas. É esse princípio que orienta o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais.

O cuidado em saúde mental, aqui subsidiado pelas cinco dimensões, encontra-se como a base da atenção psicossocial. Partimos do entendimento de que o cuidado é a “satisfação” das necessidades da existência dos indivíduos para a produção da vida, executado através da conexão material. Ou seja, nesse processo existem pessoas que não conseguem ou não podem suprir as suas necessidades e precisam de suporte para gerir as demandas da vida diária. Assim, o cuidado é compreendido como sendo essa interdependência, tendo ao mesmo tempo a necessidade do indivíduo para existir e a ação para suprir (Passos, 2018a; Passos, 2018b.).

Nessa esteira, o trabalho do cuidado faz parte do cuidado em saúde mental. Diferente da lógica manicomial, que centra seu objetivo na cura e na atuação médica, entende-se que o sofrimento e o adoecimento psíquico compõem a experiência vivida e o cuidado deve ser operacionalizado por todos aqueles que atuam nos serviços. Ocorre uma horizontalidade na responsabilidade e promove-se a construção coletiva no agenciamento desse novo saber-fazer, respeitando as competências específicas de cada profissão e afirmando uma perspectiva interdisciplinar e multidisciplinar.

Além disso, o cuidado é um valor ético-político. Ao reconhecermos que o cuidado é trabalho, não devendo ser essencializado e naturalizado como atribuição feminina, o seu compartilhamento incorpora-se na dinâmica da sociedade. Isso significa que a responsabilidade deve ser não só dos equipamentos da saúde mental, mas compromisso do Estado, da comunidade, das famílias e dos indivíduos. Contudo, a democratização integral do cuidado só será possível em um outro modelo de sociedade (Passos, 2018a).

O cuidado na saúde mental também é modelo assistencial. Na política pública encontra-se instituído como Rede de Atenção Psicossocial, através da portaria 3088/2011. No processo de transformação e substituição do manicômio para os novos equipamentos, foi preciso ofertar o suporte diário, 7 dias na semana e 24 horas por dia, entendendo a complexidade do existir e sofrer. Tais serviços precisam tecer uma articulação dialógica entre si, intersetorialmente e com a comunidade, para promoverem um cuidado que se constitua pelo vínculo e acolhimento.

Para efetivar a nova proposta de atendimento, conhecimento, ética e modelo estabeleceu-se um outro locus de intervenção que segue na contramão daquele proposto pelo arcaico e contrário a destruição. Demandou-se criatividade, inovação e movimento. Apesar dos equipamentos serem os espaços institucionais estabelecidos para agenciarem o cuidado em saúde mental é no território o verdadeiro locus de ação. Os *settings* da clínica médica são os consultórios que facilmente reduzem as pessoas em protocolos e sintomas. Por outro lado, o que se encontra no cuidado em saúde mental é a clínica ampliada, que mais se “conecta com ‘a vida que passa lá fora’, incorporando outros saberes, disciplinas e práticas socioculturais, bem como dispositivos e procedimentos estruturantes desse cuidado, como *escuta e acolhimento*, que sustentam e dão novo estatuto” para outras condutas (Duarte, 2010, p. 188, grifos do autor).

Sendo o locus do cuidado em saúde mental o território, o *modus operandi* peripatético promove uma convocação perturbadora para o processo de trabalho. Exige-se a quebra da burocracia, do engessamento e dos procedimentos para uma atuação criativa, dialógica e crítica. O território não fica em silêncio, encontra-se vivo e em constante produção. Nele o pulsar das opressões de gênero, raça e classe se fazem intensos e demandantes de intervenção.



Reconhecer, dialogar e protagonizar no/com o território exige um mapeamento da organização e distribuição da localidade, reconhecimento do perfil populacional, características, história, composição das instituições públicas, privadas e filantrópicas, identificação dos conflitos e contradições. O *setting* para proporcionar vínculo, acolhimento e escuta precisa ser conhecido pelos profissionais para operar o cuidado em saúde mental.

É nesse novo *setting* que emerge o que denominamos de clínica da delicadeza, sendo na produção do cuidado em liberdade que se nega o silenciamento, o apagamento e a homogeneização das experiências. O manicômio destrói as singularidades, afirmando uma noção de loucura como experiência universal, ou seja, “o louco de todo o gênero”. Dessa forma, acreditamos ser urgente a construção de um cuidado em saúde mental que não atue reproduzindo as opressões, o que não é simples, em uma sociedade produtora de sofrimento e adoecimento psicossocial e que oferta a patologização e a medicalização como resposta.

Torna-se necessário deixar explícito que a noção de clínica aqui adotada, não se confunde com os princípios da clínica médica, pois não está direcionada para um tratamento medicamentoso, ao contrário, incorpora outros saberes, disciplinas e práticas socioculturais. Para a produção de novas práticas é preciso romper com a exploração e opressões que forjam os afetos, as relações, o trabalho e as instituições e, para isso, há uma delicadeza para proporcionar um cuidado em saúde mental que não seja violento e destruidor. A delicadeza está na ruptura e no agenciamento de novas práticas que transformam dialeticamente o operador e o agente do cuidado. Logo, são nas experiências de diferentes grupos, movimentos, coletivos e instituições que temos encontrado a resistência antimanicomial, antirracista, feminista e anticapitalista.

Durante trinta meses estivemos acompanhando a equipe técnica, composta por assistente social e psicólogas, da Casa das Mulheres da Redes de Desenvolvimento da Maré (Redes da Maré), localizada no Complexo da Maré/Rio de Janeiro. A partir de inquietações aquecidas com o cenário pandêmico, a suspensão dos atendimentos nos serviços de saúde mental em decorrência do protocolo de isolamento social e a criação generalizada de grupos remotos, criou-se o *Projeto Mulheres, Marés e Territórios*, desenvol-

vido pelo Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos, vinculado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ), coordenado pelas professoras Melissa de Oliveira Pereira e Rachel Gouveia Passos, e articulado com o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e a Casa das Mulheres.

A proposta teve início na metade do ano de 2020, tendo a inserção de residentes — assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional e enfermeira — para atuarem em um novo cenário de prática. As professoras Melissa de Oliveira e Rachel Gouveia, realizavam a supervisão do grupo de residentes, ocorrida a cada quinze dias. Os casos eram avaliados e passados pela equipe técnica para o grupo de residentes, a partir do entendimento de que havia alguma demanda de saúde mental. No processo de atendimento compreendia-se que o espaço não era para a realização de um cuidado “especializado” e, sim, para a atuação de um *modus operandi* peripatético para a produção do cuidado em saúde mental, articulado com outros atores e instituições do território.

Já nos anos seguintes, 2021 e 2022, a dinâmica da equipe e das residentes sofreu reconfigurações, através da unificação das atrizes. Todas passaram a integrar o mesmo corpo técnico e a dividirem os atendimentos e os grupos. Incorporou-se a supervisão institucional para a equipe técnica, realizada pela professora Rachel Gouveia, permitindo um olhar externo para melhor organização do fluxo de atendimentos, das estratégias adotadas, da dinâmica institucional, dos encaminhamentos, das articulações e do planejamento. Foi nesse processo que a clínica da delicadeza esteve sendo tecida e nomeada.

Outra experiência potente desenvolvida foi o grupo de mulheres da pesquisa *Impactos da violência armada na vida das mulheres do Conjunto de Favelas da Maré, Rio de Janeiro: Gênero, Território e Prática Artística*, vinculada a Redes da Maré, a Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ) e a Escola de Geografia e Planejamento da Universidade de Cardiff. A convite da coordenadora, Isabel Barbosa, da Redes da Maré, estivemos operacionalizando as oficinas de saúde mental com mulheres desse território.



Juntamente com a enfermeira e residente em saúde mental Débora Bastos, realizamos encontros, às quartas-feiras, ao longo de seis meses, em 2022. Haviam cerca de 20 mulheres, majoritariamente, negras e nordestinas, nascidas e/ou criadas na Maré. Todas traziam relatos importantes da realidade vivenciada nesse território que se encontra em estado permanente de guerra e os impactos em seus cotidianos. A tarefa assumida não era simples, devido à complexidade apresentada pelas mulheres e, também, os limites dos recursos subjetivos que possuíam.

Todavia, a clínica da delicadeza aposta na potência dos sujeitos e reconhece os contornos opressivos que limitam as possibilidades concretas e subjetivas. É com esse entendimento que se identificam as estratégias de sobrevivência criadas para conviver com a violência e a destruição. No grupo apareceram relatos que apontavam para a falta do “tumulto” do território, quando as mulheres saíam para gozar férias ou passeios mais prolongados. Há uma sensação de ausência dessa dinâmica ao mesmo tempo que se tem sofrimento e adoecimento psicossocial.

Diferente do manicômio, que destrói rapidamente as singularidades, o território permite potencializar as possibilidades e adversidades no mesmo nível. Ao mesmo tempo que algumas conseguem criar alternativas para deslocar-se da “zona do não-ser”, outras afundam nas feridas abertas. Além disso, o estado permanente de guerra se manifesta nos corpos e subjetividades através de dores no corpo, dores de cabeça, angústia, insônia, estado de alerta, estresse, irritação, cansaço, dentre outras manifestações. A maior parte relatou ter passado por situação de violência e recebeu algum tipo de encaminhamento para ter atendimento em saúde mental, sendo que na maioria das vezes a medicalização e farmacologização foi o procedimento adotado.

Apesar dos relatos difíceis e dolorosos foi no encontro com o grupo que aconteceu a produção de vida. Na troca com outras mulheres que traziam dores similares, o processo de compartilhar promoveu a criação de novas agências, antes mesmo não identificadas por elas. A delicadeza se deu na escuta atenta da outra que apresentava aparentemente maior tristeza e angústia, permitindo um acolhimento coletivo que proporcionava deslocamentos importantes. A dor dilacerante perdia sua força quando era dissolvida

no movimento peripatético da fala e da escuta concomitante, deslocando subjetividades, outrora, fixadas na “zona do não-ser”. O que parecia ser deserto começou a emanar água e a florescer.

A tecitura do vínculo, da escuta e do acolhimento só foi possível porque as operadoras do cuidado em saúde mental se colocaram na horizontalidade, desconstruindo a imposição de um saber-fazer hegemônico. Se fez coletivo o agenciamento, apesar da responsabilidade ser das profissionais, o que exigiu um tecer delicado de estar-ser-operar saúde mental. Ou seja, produziu-se a decolonialidade do ser, saber e poder, demonstrando que todas estiveram sendo atravessadas e mobilizadas no/pelo encontro.

O operador de saúde mental não permanece isento do seu lugar social, político, ético e estético, pelo contrário, a sua localização pode atravessar de maneira violenta o agente do cuidado. Reconhecer os privilégios e deslocar a postura, torna-se tarefa primordial para aqueles que atuam como operadores da saúde mental, assumindo, assim, um compromisso ético-político antimanicomial, antirracista, feminista e decolonial.

Aqui realocamos o sofrimento e adoecimento psicossocial como componentes de um projeto de sociedade que se retroalimenta com o controle, subjugação e mortificação daqueles identificados como não humanos e, por isso, alvos permanentes. Dessa forma, assumimos como tarefa desinstitucionalizar o cuidado em saúde mental e ocupar o verdadeiro *setting*: o território, o que exige um constante movimento, criatividade e inquietude para transformar a realidade. Tal desafio é tarefa coletiva e não apenas daqueles que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial.

Nessa esteira, apontamos a necessidade de serem tecidas práticas de cuidado em saúde mental que tenham inspiração palmarina, afirmando a liberdade de existir e ser a partir de um resgate onto-ancestral. Entendemos que a promoção de novas tecnologias precisa levar em consideração a multiplicidade étnico-racial da América Latina, já que a noção universal de ser também produziu enquadramentos para o sofrer e existir. Assim, é urgente decolonizar o cuidado em saúde mental, romper com a psiquiatria clássica e o maquinário manicomial que opera a destruição da população negra, sendo possível apenas pela luta antimanicomial radicalmente antirracista.



## REFERÊNCIAS

- ADICHIE, C. N. *O perigo de uma história única*. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.
- ALBRECHT, D. A luta antimanicomial nos governos democrático-populares: contribuições para um balanço a realizar. *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n.º 49, vol. 20, pp. 49-64, 2022.
- ALMEIDA, S. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Editora Letramento, 2018.
- ALVES, J. A. Prefácio: Elas estão parindo um novo Brasil! In: MÃES DE MAIO. *Memorial dos nossos filhos vivos: as vítimas invisíveis da democracia*. São Paulo: Editora Nós por Nós, s.l.a.
- ALVES, D. F. A. et al. Reforma Psiquiátrica e a Dependência Brasileira: entre o arcaico e o moderno. *Revista Katálysis*, Florianópolis, vol. 23, n.º 1, pp. 165-79, jan.-abr. 2020.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANISTIA INTERNACIONAL. *Você matou meu filho: homicídios cometidos pela polícia militar na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Anistia Internacional, 2015.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, São Paulo, ano 16, 2022.



- ARAÚJO, V. S. *Mães da Resistência: um olhar sobre o papel do racismo no processo de adoecimento de mães militantes que perderam seus filhos para a violência de Estado*. Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019, 128 p.
- ARAÚJO, V. V.; SOUZA, E. R. & SILVA, V. L. M. “Eles vão certos nos nossos filhos”: adoecimento e resistências de mães de vítimas de ação policial no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 27, n.º 4, pp. 1.327-36, 2022.
- bell hooks. *E eu não sou uma mulher: mulheres negras e feminismo*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2019.
- BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Lemos Editorial; Editora da Universidade de São Paulo, 1994.
- BARROS, S.; BATISTA, L. E.; DELLOSI, M. E. & ESCUDER, M. M. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Revista Saúde Soc.*, São Paulo, vol. 23, n.º 4, pp. 1.235-47, 2014.
- BASAGLIA, F. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. Editora Brasil Debates: São Paulo, 1979.
- BASAGLIA, F. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BASAGLIA, F. & ONGARO, F. B. Los crímenes de la paz. In: BASAGLIA, F. & ONGARO, F. B (orgs.). *Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. Cidade do México: Siglo Editores, 1977.
- BASTOS, F. I. P. M. et al. (orgs.). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. FIOCRUZ/ICICT, Rio de Janeiro, 2017.
- BATISTA, V. M. *Introdução crítica à criminologia brasileira*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2012.
- BATISTA, V. M. *O medo na cidade do Rio de Janeiro: dois tempos de uma história*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014.
- BATISTA, V. M. Estado de polícia. In: KUCINSKI, B. et al. (orgs.) *Bala perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua recuperação*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- BENTO, C. *O pacto da branquitude*. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.
- BERNARDINO-COSTA, J. A prece de Frantz Fanon: oh, meu corpo, faça sempre de mim um homem que questiona! *Revista Civitas*, Porto Alegre, vol. 16, n.º 3, jul.-set. 2016.
- BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JR., B. & AMARANTE, P. (orgs.). *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade – Ministério da Saúde, Brasília, 2018.
- BORGES, J. *O que é encarceramento em massa?* Belo Horizonte: Editora Letramento, 2018.
- BUTLER, J. *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. São Paulo: Autêntica, 2020.
- CAMARGO JR., K.R. Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 29, n.º 5, pp. 844-6, 2013.
- CARDOSO, A. J. C. et al. Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 44, n.º 127, pp. 1.105-19, out-dez. 2020.
- CARNEIRO, S. Gênero, raça e ascensão social. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, vol. 3, n.º 2, 1995.
- CARTA DE BAURU. *Manifesto de Bauru*, 1987. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.
- CASSERES, L. O racismo como estruturante da criminologia brasileira. In: MAGNO, P. C. & PASSOS, R. G. (orgs.). *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon*. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- CASTRO, S. María Lugones, feminismo decolonial e interseccionalidade. In: MARIM, C. & CASTRO, S. (orgs.). *Políticas de resistência, homenagem à María Lugones*. Porto Alegre: Editora Fundação Fênix, 2020.
- CAVALCANTE, R. A institucionalização clínica e política das comunidades terapêuticas e a sua relação com a saúde mental



- brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. & CAVALCANTE, R. (orgs.). *Religiões e o paradoxo apoio social intolerância, e implicações na política de drogas e comunidades terapêuticas*. São Paulo: Hucitec, 2019.
- CDDHC. *Relatório Anual*. Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania. Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.
- CÉSAIRE, A. *Discurso sobre o colonialismo*. Tradução: Noémia de Sousa. Lisboa: Sá da Costa, 1978.
- COLLINS, P. H. & BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo, 2021.
- COSTA, D. H. et al. Homicídios de jovens: os impactos da perda em famílias de vítimas. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, pp. 685-705, 2017.
- COSTA, J. F. Prefácio. In: SOUSA, N. S. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- COSTA, P. H. A. & MENDES, K. T. Colonização, Guerra e Saúde Mental: Fanon, Martín-Baró e as implicações para a psicologia brasileira. *Revista Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, vol. 36, pp. 1-12, 2020.
- COSTA, P. H. A. & MENDES, K. T. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Revista Argumentum*, Vitória, vol. 12, n.º 12, pp. 44-59, mai.-ago. 2020a.
- COSTA, S. G. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, n.º 2, pp. 301-23, 2002.
- COSTA, T. et al. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 10, n.º 20, pp. 363-80, 2006.
- CRUZ, M. et al. Violência, saúde mental e qualidade de vida de adultos que vivem nas favelas da Maré. In: SILVA, E. S. & HERITAGE, P. *Estudo com moradores das 16 favelas da Maré*. Coleção Construindo Pontes, Livro 1, Rio de Janeiro, 2021.
- DAVID, E. C. *Saúde mental e racismo: saberes e saber-fazer desnorteado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicomial*. Doutorado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022, 209p.
- DAVID, E. C. & VICENTIN, M.C.G. Nem crioulo doído nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol. 44, n.º esp. 3, pp. 264-77, 2020.
- DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.
- DAVIS, A. *A liberdade é uma luta constante*. São Paulo: Boitempo, 2018.
- DAVIS, A. *O sentido da liberdade*. São Paulo: Boitempo, 2022.
- DENADAI, M. C. V. B. A Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas e a hegemonia da 'pequena política' no Congresso Nacional Brasileiro. 6.º *Anais...* Encontro Internacional de Política Social e 13.º Encontro Nacional de Política Social, Vitória, 2018.
- DUARTE, M. J. O. O campo da atenção psicossocial na política de saúde mental e o Serviço Social – considerações sobre o ethos do cuidado. In: FORTI, V. & GUERRA, Y. (orgs.). *Serviço social: temas, textos e contextos*. Coletânea Nova de Serviço Social. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.
- DUARTE, M. J. O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, vol. 18, n.º 2, pp. 227-48, ago.-dez. 2018.
- DUARTE, M. J. O. Racismo, subjetivação e saúde mental: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. In: DAVID, E. C. et al. (orgs.). *Racismo, subjetividade e saúde mental: pioneirismo negro*. São Paulo; Porto Alegre: Hucitec; Grupo de Pesquisa Egbé; Projeto Canela Preta, 2021.
- FANON, F. *Em defesa da Revolução Africana*. Lisboa: Editora Livraria Sá da Costa, 1980.
- FANON, F. *Os Condenados da Terra*. 3.<sup>a</sup> reimpr. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005.
- FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FANON, F. *Os Condenados da Terra*. 3.<sup>a</sup> reimpr. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2015.
- FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo: UBU Editora, 2020.
- FANON, F. *Medicina e colonialismo*. Feira de Santana: Editora Sem Amos, 2020a.
- FANON, F. *Os Condenados da Terra*. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.
- FAUSTINO, D. *Frantz Fanon e as encruzilhadas: teoria, política e subjetividade*. São Paulo: UBU Editora, 2022.
- FIORI, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Revista Novos Estudos*, São Paulo, CEBRAP, pp. 9-21, 2012.



- FLAUZINA, A. L. P. *Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro*. 2.<sup>a</sup> ed. Brasília: Brado Negro, 2017.
- FLAUZINA, A. L. P. & FREITAS, F. S. Do paradoxal privilégio de ser vítima: terror de Estado e a negação do sofrimento negro no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo, vol. 135, ano 25, pp. 49-71, 2017.
- FLAUZINA, A. L. P. & PIRES, T. Uma conversa de pretas sobre violência sexual. In: PEREIRA, B. & MELO, M. de (orgs.). *Raça e gênero: discriminações, interseccionalidades e resistências*. São Paulo: EDUC, 2020.
- FREIRE, M. M. L. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.
- INSTITUTO FOGO CRUZADO. *Relatório Anual 2021. Região Metropolitana do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Fogo Cruzado, 2022.
- GIACOMINI, S. M. *Mulher e escrava: uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1988.
- GOÉS, L. Rediscutindo a periculosidade com o criminólogo (?) Frantz Fanon. In: MAGNO, P.C.; PASSOS, R.G. (orgs.). *Direitos Humanos, Saúde Mental e Racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon*. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- GOÉS, L. A “tradução” de Lombroso na obra de Nina Rodrigues: o racismo como base estruturante da criminologia brasileira. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2016.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- GOMES, B. S. *Encontros antimanicoloniais nas trilhas desformativas*. 2019. 44 f. Trabalho de Conclusão de Especialização em Saúde Mental Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- GONZALEZ, L. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, ANPOCS, pp. 223-44, 1984.
- GONZALES, L. A mulher negra na sociedade brasileira: Uma abordagem político-econômica. In: GONZALEZ, L. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Organização Flavia Rios & Marcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020a.
- GONZALES, L. A categoria político-cultural da amefricanidade. In: GONZALEZ, L. *Por um feminismo afro-latino-americano: ensaios, intervenções e diálogos*. Organização Flavia Rios, Marcia Lima. Rio de Janeiro: Zahar, 2020b.
- IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese dos Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2021.
- IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Retrato das Desigualdades de Gênero e Raça*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2011.
- IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Atlas da violência*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília, 2022.
- KARAM, M. L. Violência, militarização e ‘guerra às drogas’. In: KUCINSKI, B. et al. (orgs.) *Bala perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua recuperação*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- LORDE, A. Idade, raça, classe e gênero: mulheres redefinindo a diferença. In: HOLLANDA, H. B. (org.). *Pensamento feminista: conceitos fundamentais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.
- LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, vol. 22, n.º 3, pp. 935-52, 2014.
- LUGONES, M. Colonialidade e gênero. In: HOLLANDA, H. B. (org.). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.
- KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.
- KILOMBA, G. Prefácio. In: FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo: UBU, 2020.
- MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições, 2018.
- MBEMBE, A. *Políticas de Inimizade*. São Paulo: N-1 Edições, 2020.
- MACHADO, A. F. Filosofia africana: ética de cuidado e de pertencimento ou uma poética de encantamento. *Revista Intern. Fil.*, vol. 10, n.º 2, pp. 56-75, 2019.
- MAGALHÃES, E. K. C. & GIACOMINI, S. M. A escrava ama-de-leite: anjo ou demônio? In: BARROSO, C. & COSTA, A. O. (orgs.) *Mulher, mulheres*. São Paulo: Editora Cortez; Fundação Carlos Chagas, 1983.
- MAGNO, P. C. “Sujeitas-haldol”: um estudo sobre o uso da camisa de força química como docilização de corpos no cárcere. In: PEREIRA, M. O. & PASSOS, R. G. (orgs.). *Luta antimanicomial*



- e feminismos: inquietações e resistências*. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2019.
- MAGNO, P. C. Periculosidade, crime e loucura: funções do racismo no manicômio judiciário. In: MAGNO, P. C. & PASSOS, R. G. (orgs.). *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon*. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- MALDONADO-TORRES, N. A topologia do Ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, vol. 80, pp. 71-114, mar. 2008.
- MALDONADO-TORRES, N. *Sobre a colonialidade do ser. Contribuições para o desenvolvimento de um conceito*. Rio de Janeiro: Via Verita, 2022.
- MARTÍN-BARÓ, I. *Psicologia Social de La Guerra: trauma y terapia*. El Salvador: UCA Editores, 1990.
- MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e Saúde Mental. In: *Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais*. 1.ª reimpr. Petrópolis: Vozes, 2021a.
- MARTÍN-BARÓ, I. Da guerra suja à guerra psicológica: o caso de El Salvador. In: *Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais*. 1.ª reimpr. Petrópolis: Vozes, 2021b.
- MARTÍN-BARÓ, I. A violência política e a guerra como causas do trauma psicossocial em El Salvador. In: *Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais*. 1.ª reimpr. Petrópolis: Vozes, 2021c.
- MOUREIRA, A. P. G. & GUZZO, R. S. L. Do trauma psicossocial às situações-limite: a compreensão de Martín-Baró. *Estudos de Psicologia*, Campinas, vol. 32 n.º 2, pp. 569-77, 2015.
- MOURA, C. Anastácia. In: *Dicionário da Escravidão Negra no Brasil*. São Paulo: Edusp, 2013.
- MOURA, C. Quilombagem. In: *Dicionário da Escravidão Negra no Brasil*. São Paulo: Edusp, 2013a.
- MOURA, C. Quilombo. *Dicionário da Escravidão Negra no Brasil*. Editora da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2013b.
- MOVIMENTOS. *Coronavírus nas favelas: a desigualdade nas favelas: a desigualdade e o racismo sem máscaras*. Uma análise favelada sobre como a pandemia amplificou o histórico de violações de direitos humanos na Cidade de Deus, no Complexo do Alemão e no Complexo da Maré, no Rio de Janeiro. Movimentos: drogas, juventude, favelas. Rio de Janeiro, 2021.
- ODA, A. M. G. R. A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. *Revista Psychiatry on line Brasil*, vol. 6, n.º 12, 2001.
- OLIVEIRA, D. A. Leituras geográficas e fanonianas do racismo, do trauma e da violência psíquica: alguns apontamentos teóricos. In: MAGNO, P. C. & PASSOS, R. G. (orgs.). *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon*. Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.
- OLIVEIRA, R. G. et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a Covid-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 36, n.º 9, pp. 1-14, 2020.
- PASSOS, R. G. Luta Antimanicomial no cenário contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. *Revista Sociedade em Debate*, Pelotas, vol. 23, n.º 2, pp. 55-75, jul.-dez. 2017.
- PASSOS, R. G. et al. *Trabalho, Gênero e Saúde Mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino*. São Paulo: Cortez, 2018a.
- PASSOS, R. G. et al. *Teorias e filosofias do cuidado: subsídios para o Serviço Social*. Editora Papel Social, Campinas, 2018b.
- PASSOS, R. G. et al. “Holocausto ou Navio Negro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Revista Argumentum*, Vitória, vol. 10, n.º 3, pp. 10-22, set.-dez. 2018c.
- PASSOS, R. G. et al. Frantz Fanon, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial no Brasil: o que escapou nesse processo? *Revista Sociedade em Debate*, Pelotas, vol. 25, n.º 3, pp. 74-88, set.-dez. 2019.
- PASSOS, R. G. et al. Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Revista Argumentum*, Vitória, vol. 12, n.º 2, pp. 125-140, mai.-ago. 2020.
- PASSOS, R. G. & MORAES, A. S. “Entre os sambas, os bambas e a loucura”: o discreto protagonismo de D. Ivone Lara na saúde mental. In: DAVID, E. C. et al. (orgs.). *Racismo, subjetividade e saúde mental: pioneirismo negro*. São Paulo: Hucitec, 2021.
- PAIXÃO, M. Brancos têm renda 85,3% maior que a de negros. *Jornal O Dia*, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://odia.ig.com.br/noticia/riosemfronteiras/2014-11-23/brancos-tem-renda-853-maior-que-a-dos-negros.html>. Acesso em: 21 jun. 2022.
- PEREIRA, M. O. Diálogos enodados para uma aproximação entre saúde mental e mulheres. In: BOÏTEUX, L.; MAGNO, P. C.; BENEVIDES, L. (orgs.). *Gênero, feminismos e sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe*. Editora Freitas Bastos: Rio de Janeiro, pp. 135-328, 2018.



- PEREIRA, M. O. *Luta Antimanicomial e Feminismos: inquietações e resistências*. Rio de Janeiro: Autografia, 2019.
- PEREIRA, M. O. *Mulheres e loucura: narrativas de resistência*. Rio de Janeiro: Autografia, 2020a.
- PEREIRA, M. O. et al. *Luta Antimanicomial e Feminismos: formação e militâncias*. Rio de Janeiro: Autografia, 2020b.
- PEREIRA, M. O. & PASSOS, R. G. Desafios contemporâneos na Luta Antimanicomial: comunidades terapêuticas, gênero e sexualidade. In: PEREIRA, M. O. & PASSOS, R. G. *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.
- PEREIRA, M. O. & PASSOS, R. G. *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.
- PEREIRA, M. O. & PASSOS, R. G. *Luta Antimanicomial e Feminismos: inquietações e resistências*. Rio de Janeiro: Autografia, 2019.
- PEREIRA, T. D. Militarização e judicialização: resistências de mulheres em favelas do Rio de Janeiro. *Revista Libertas*, Juiz de Fora, vol. 22, n° 2, pp. 383-402, jul.-dez. 2022.
- PIEIDADE, V. *Dororidade*. São Paulo: Nós, 2017.
- PIRES, T. R. O.; QUEIROZ, M. & NASCIMENTO, W. F. A linguagem da revolução: ler Frantz Fanon desde o Brasil. In: FANON, F. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.
- PIRES, T. Legados da liberdade. *Revista Culturas Jurídicas*, vol. 8, n.º 20, mai.-ago. 2021.
- PORTOCARRERO, V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- RAMOS, F. Do DSM-III ao DSM-5: traçando o percurso médico-industrial da psiquiatria de mercado. In: ZORZANELLI, R.; BEZERRA JR., B. & COSTA, J. F. (orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- RAMOS, S. et al. *Máquina de moer gente: a responsabilidade da branquitude*. Rio de Janeiro: CESeC, 2022.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: NICÁCIO, F. (org.). 2.ª ed. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 2001.
- RUFINO, L. *Pedagogia das encruzilhadas*. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2019.

- SAAD, L. *“Fumo de negro”: a criminalização da maconha no pós-abolição*. Salvador: EDUFBA, 2018.
- SANTOS, K. Y. P. Medicalização e racismo. In: OLIVEIRA, E. C.; VIÉGAS, L. S. & NETO, H. S. M. (orgs.). *Desver o mundo, perturbar os sentidos: caminhos na luta pela desmedicalização da vida*. Salvador: EDUFBA, 2021a.
- SANTOS, D. F. Entrevista com Dejanya Ferreira dos Santos. In: PEDRETTI, L. et al. (orgs.). *Reparação como política: reflexões sobre as respostas à violência de Estado no Rio de Janeiro*. ISER: Rio de Janeiro, 2018b.
- SANTOS, Y. L. Crítica à degenerescência racial e reforma psiquiátrica de Juliano Moreira. In: DAVID, E. C. et al. (orgs.). *Racismo, subjetividade e saúde mental: pioneirismo negro*. São Paulo: Hucitec, 2021.
- SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil - 1870-1930*. 14.ª ed. 1.ª reimp. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SEGATO, R. *Crítica da colonialidade em oito ensaios e uma antropologia por demanda*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2021.
- SILVA, D. M. & DARA, D. Mães e familiares de vítimas do Estado: a luta autônoma de quem sente na pele a violência policial. In: KUCINSKI, B. et al. (orgs.). *Bala perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua recuperação*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- SMOLEN, J. R. & ARAÚJO, E. M. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 22, n.º 12, pp. 4.021-30, 2017.
- SOARES, G. A. D.; MIRANDA, D. & BORGES, D. *As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- SOUSA, N.S. *Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- QUIJANO, A. *A colonialidade do poder: eurocentrismo e ciências sociais*. Buenos Aires: CLACSO, 2005.
- VASCONCELOS, E. M. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o Serviço Social*. Campinas: Papel Social, 2016.
- VENUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Revista Temáticas*, Campinas, vol. 22, n.º 44, pp. 2.023-220, ago.-dez. 2014.



## POSFÁCIO

**“N**a mira do fuzil”: a saúde mental das mulheres negras em questão, é uma obra contundente sobre o impacto da violência armada em mulheres negras — reveladora da condição de ser (mulher) negra em uma sociedade estruturada pelo racismo, como forma de dominação e aniquilamento dos não humanos.

Algumas das dimensões de que trata esse livro perpassam por leituras críticas aos processos já debatidos sobre o papel das mulheres negras na luta contra o racismo e contra as diferentes dinâmicas de opressão que definem o modo de viver das mulheres negras.

O sofrimento e o adoecimento psíquico das mulheres negras, destacado por Rachel Gouveia Passos, a partir das experiências das mães vítimas de violência de Estado, consegue conectar todos os processos de violência sofridas, mesmo que não tenhamos passado pela mesma experiência de perda de um filho ou uma filha. Pois, o racismo como estrutura, conecta as mulheres negras ao medo de viver o improvável. Ao medo de estar sob a mira de um fuzil ou mesmo sob a mira do ódio.



O racismo opera como uma parte da massa de constituição das instituições ao fundar o estado em suas nuanças. Nesse sentido, todas as instituições e os processos que serão instituídos no passado ou na atualidade operarão nessa mesma chave de destituição da humanidade da população negra, na medida em que também destitui o sujeito de cidadania, o “não ser” (mulher) negra.

Na atualidade, a invocação das teorias lombrosianas dá sustentação às medidas judiciais e sociais de punição, mutilação e aprisionamento, que remete à população negra, especialmente às mulheres negras, para a zona do não ser.

Ao afirmar que a violência sexual é peça-chave para a compressão do genocídio da população negra, Passos traz a centralidade do estupro como expressão do racismo que se traduzirá no aprisionamento do corpo como no período do regime da escravidão, constituindo a degradação, a tortura, o constante risco de morte em morte social. Trata-se do mais alto grau de desumanização reiterada no aprisionamento dos corpos como na escravidão e no seu domínio através do estupro, que contribuirá para que as mulheres negras permaneçam subordinadas. De todo modo, seremos aniquilados ou seguiremos mortos socialmente, até que o corpo caia no chão.

O racismo produz um estado permanente de guerra que tem no “complexo industrial-farmacêutico e no complexo industrial-prisional” o maquinário para seguir controlando a população negra que escapa da morte.

O Estado como o gestor da guerra atua não só na propagação do medo, mas também na consolidação de uma experiência de terror cotidianamente. Militariza a vida social, atua com armas de guerra, atira a ermo, produz ameaças constantes de tomada do território e de prisão, aprisiona, fere, violenta sexualmente, reduz ou impede o funcionamento de serviços, desterritorializa, provoca escassez, impede a defesa e mata. O terror institucionalizado (em leis, normas, instituições etc.) cristalizam o estado de guerra.

A “produção da morte física e psíquica dos ‘selvagens’, ‘inimigos’ e ‘criminosos’ não é vista como um problema, uma vez que foram naturalizadas e incorporadas nos espaços institucio-

nais, aparatos jurídicos, modos de vida e processos de subjetivação” (Passos, 2023).

Nesta obra, Passos ilustra com a experiência das mães e familiares vítimas de violência de Estado, a reiterada violência sofrida pelas mulheres negras que traduzem as suas dores e perdas em luta por afirmação de suas humanidades. Enfrentando a guerra com seus corpos e suas vozes, ao gritar que seus mortos têm direito à justiça, à memória e ao reconhecimento, elas afirmam as suas humanidades dando-lhes vida e dignidade. Impondo outra zona do ser.

É preciso curar as feridas mais profundas causadas pelo racismo, com todos os meios que tivermos, mesmo que seja de modo lento e delicado.

Para que vidas negras importem é preciso enfrentar a antinegritude.

— LÚCIA XAVIER

Coordenadora Geral de CRIOLA





Rachel Gouveia Passos

É Pós-Doutora em Direito pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ); Pós-Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Professora da Graduação e da Pós-Graduação da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal Fluminense (UFF); Co-coordenadora do Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos e do Projeto de Pesquisa e Extensão Encruzilhadas: diálogos antirracistas.