



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS SOBRE MULHERES,
GÊNERO E FEMINISMO

LAURA AUGUSTA BARBOSA DE ALMEIDA

“NÓS COMBINAMOS DE NÃO MORRER”: MODOS DE ATENÇÃO À
SAÚDE MENTAL E UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL SOBRE O PAPEL DA
PSICÓLOGA NOS DISPOSITIVOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL EM
SALVADOR.

Salvador

2021

LAURA AUGUSTA BARBOSA DE ALMEIDA

**“NÓS COMBINAMOS DE NÃO MORRER”: MODOS DE ATENÇÃO À
SAÚDE MENTAL E UMA ANÁLISE INTERSECCIONAL SOBRE O PAPEL DA
PSICÓLOGA NOS DISPOSITIVOS PÚBLICOS DE SAÚDE MENTAL DE
SALVADOR.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre.

Orientação: Profa. Dra. Rosângela Janja Costa Araújo

Salvador

2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A447 Almeida, Laura Augusta Barbosa de
“Nós combinamos de não morrer”: modos de atenção á saúde mental e uma análise interseccional sobre o papel da psicóloga nos dispositivos públicos de saúde mental em Salvador / Laura Augusta Barbosa de Almeida. – 2021.
141 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosângela Janja Costa Araújo
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2021.

1. Mulheres. 2. Raças. 3. Saúde mental. I. Araújo, Rosângela Janja Costa.
II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD: 305.4



Universidade Federal da Bahia

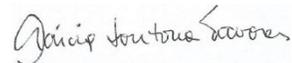
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO
(PPGNEIM)**

ATA Nº 180

Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO (PPGNEIM), realizada em 16/11/2021 para procedimento de defesa da Dissertação de MESTRADO EM ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO no. 180, área de concentração Mulheres, Gênero e Feminismo, do(a) candidato(a) LAURA AUGUSTA BARBOSA DE ALMEIDA, de matrícula 218125475, intitulada Nós combinamos de não morrer: modelos assistenciais à saúde mental e uma análise interseccional sobre o papel da psicóloga nos dispositivos públicos de saúde mental em Salvador. Às 14:00 do citado dia, sala de webconferência RNP, foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof^ª. Dra. ROSANGELA JANJA COSTA ARAUJO que apresentou os outros membros da banca: Prof^ª. Dra. MARCIA SANTANA TAVARES e Prof^ª. Dra. JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(à) examinado(a) para apresentação do trabalho de Mestrado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, reuniu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo(a) candidato(a), tendo a banca examinadora aprovado o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.


Dra. JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES, UFRB

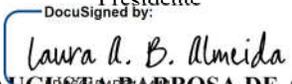
Examinadora Externa à Instituição


Dra. MARCIA SANTANA TAVARES, UFBA

Examinadora Interna


Dra. ROSANGELA JANJA COSTA ARAUJO, UFBA

Presidente
DocuSigned by:


LAURA AUGUSTA BARBOSA DE ALMEIDA

Mestrando(a)



Universidade Federal da Bahia

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO
(PPGNEIM)**

FOLHA DE CORREÇÕES

ATA Nº 180

Autor(a): LAURA AUGUSTA BARBOSA DE ALMEIDA

Título: “Nós combinamos de não morrer”: modelos assistenciais à saúde mental e uma análise interseccional sobre o papel da psicóloga nos dispositivos públicos de saúde mental em Salvador

Banca examinadora:

Prof(a). JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES Examinadora Externa à
Instituição

Prof(a). MARCIA SANTANA TAVARES Examinadora Interna

Prof(a). ROSANGELA JANJA COSTA ARAUJO Presidente

Os itens abaixo deverão ser modificados, conforme sugestão da banca

1. INTRODUÇÃO

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3. METODOLOGIA

4. RESULTADOS OBTIDOS

5. CONCLUSÕES

COMENTÁRIOS GERAIS:

Declaro, para fins de homologação, que as modificações, sugeridas pela banca examinadora, acima mencionada, foram cumpridas integralmente.

Prof(a). ROSANGELA JANJA COSTA ARAUJO

Orientador(a)

AGRADECIMENTOS

"Se quer ir rápido, vá sozinho. Se quer ir longe, vá em grupo."

Antigo provérbio yoruba

Agradeço a Capes pelo financiamento que possibilitou a escrita dessa dissertação.

Agradeço imensamente a orientadora Prof^a Dr^a Rosangela Janja Costa Araújo, pelas trocas, parceria e abertura de caminhos na minha trajetória no PPGNEIM-UFBA.

Agradeço a Olorum e a Esú, por insistirem em abrir meus caminhos para o universo acadêmico. A Xangô, pela força e pelo zêlo, minha mãe Oxum pelo amor e por não permitir que eu desistisse do meu caminho. A Omolu e Tempo pela minha saúde e por me lembrarem que herança é o presente da ancestralidade e o que possibilita a continuidade da história da população negra no mundo. A Logunedé e Oxossí pelo acolhimento e doutrina, a Oyá pelos ensinamentos, Ogun pela proteção em momentos solitários e a Oxalá pelo colo e afeto.

Agradeço a minha avó Dionísia Maria Barbosa dos Santos em sua memória, por ser a mulher que me ensinou que rios fazem barulhos, mas correntezas suaves também incomodam e nesta vida, precisamos incomodar para resgatar o que é nosso de direito. Agradeço a minha mãe Miriam Barbosa dos Santos por toda a contribuição afetiva em minha vida que possibilitasse eu ter caminhado até este ponto.

Agradeço a minha Ya, Maria Luiza Santos Cerqueira, por me parir de outro tempo, gestar outro amor e ser força motriz de acolhimento e direção pra minha vida. Agradeço ao Otun Baba Egbe Odelayó pelo amor, companheirismo e por fazer parte dessa gamela afetiva que sempre trouxe caças fartas para minha vida. Agradeço a minhas irmãs e irmãos de santo pelo acolhimento e afeto.

Agradeço a meu companheiro Juçanã Santos por acreditar e construir um projeto afetivo e político de amor e dengo, contribuindo com minha vida e saúde, tornando essa travessia mais doce.

Agradeço a minha família afetiva Djean Ribeiro, Elder Vargão e Marcelo Sousa pelo carinho, companhia e amor nessa jornada, hoje e sempre.

Agradeço a meus colegas do PPGNEIM-UFBA que compartilharam essa caminhada de construir-se mestre comigo, especialmente as integrantes cotistas Almerson Cerqueira Passos, Ana Carolina Campos, Daniel dos Santos e Juliana Márcia, por serem uma rede de apoio fundamental para a permanência neste programa e para uma rede de afetos para além dos limites da universidade.

Agradeço especialmente as amigas Jeane Tavares, Jamile Barboza, Lívia Arrelias e Priscila Coimbra por me fortalecerem nesse processo de escrita e por alimentarem afetivamente minha relação com a minha escrita como uma parte preciosa de mim.

Louvo todas minhas ancestrais e as mais velhas que apontaram flechas de sabedoria com suas narrativas sobre a potência feminina negra no Brasil e no mundo.

*“Quem vai pagar a conta?
Quem vai contar os corpos?
Quem vai catar os cacos dos corações?
Quem vai apagar as recordações?
Quem vai secar cada gota
De suor e sangue
Cada gota de suor e sangue
Cabô”*

*Cabô - Luedji Luna,
Um corpo no mundo (2019)*

ALMEIDA, Laura Augusta Barbosa de. **“Nós combinamos de não morrer”**: modos de atenção à saúde mental e uma análise interseccional sobre o papel da psicóloga nos dispositivos públicos de saúde mental em Salvador. Orientadora: Profa. Dra. Rosângela Janja Costa Araújo. 2021. 125f. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

A presente dissertação realiza uma revisão histórica do pensamento psicológico, instituições psiquiátricas e a atuação da psicóloga em dispositivos públicos de saúde mental no Brasil, utilizando a ferramenta metodológico-teórica da interseccionalidade para identificar a presença da mulher negra nessa narrativa, utilizando intelectuais negras brasileiras, afro-americanas e da diáspora africana para referenciar as experiências femininas negras e reivindicar propostas de saúde mental que sejam coerentes com a realidade da população brasileira, que é majoritariamente feminina e negra. persistente. Considerando que saúde mental é uma construção coletiva, realizada na interação de profissionais e usuários do sistema, estruturada através das relações de poder, este trabalho objetiva analisar através da revisão bibliográfica, análise de documentos do Conselho Federal de Psicologia de evidências durante a pandemia da COVID-19, como os a dinâmica da assistência funciona para as mulheres negras em geral.

Palavras chave: Mulheres; Raça; Saúde Mental.

ALMEIDA, Laura Augusta Barbosa de. **We combine not dying**”: mental health care models and an intersectional analysis of the psychologist's role in public mental health devices in Salvador. Thesis advisor: Profa. Dra. Rosângela Janja Costa Araújo. 2021. 125f. Dissertation (Masters in Interdisciplinary Studies on Women, Gender and Feminism) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

This dissertation performs a historical review of psychological thinking, psychiatric institutions and the role of psychologists in public mental health devices in Brazil, using the methodological-theoretical tool of intersectionality to identify the presence of black women in this narrative, using black Brazilian intellectuals, African-Americans and the African diaspora to reference black female experiences and demand mental health proposals that are coherent with the reality of the Brazilian population, which is mostly female and black. persistent. Considering that mental health is a collective construction, carried out in the interaction of professionals and users of the system, structured through power relations, this paper aims to analyze, through bibliographical review, analysis of documents from the Federal Council of Psychology of evidence during the COVID pandemic -19, how care dynamics work for black women in general.

Keywords: Women; Breed; Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	BECOS DA MEMÓRIA.....	20
2.1	TEMPO EM ENCRUZILHADA	22
2.2	REPÚBLICA, EMANCIPAÇÃO ABOLICIONISTA E MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA	40
2.3	MOVIMENTOS DE REFORMA - PERCURSOS DA SAÚDE MENTAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL	44
3	A PSICOLOGIA NO BRASIL,.....	53
4	INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSQUIÁTRICA E MOVIMENTOS.....	64
4.1	REFERÊNCIAS TÉCNICAS CONSTRUÍDOS PARA A ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA NO SERVIÇO DA RAPS.....	70
4.2	REDES DE RESISTÊNCIA E APOIO - NARRATIVAS GENDRADAS ANTIRRACISTAS DE LIBERDADE.....	91
5	SAÚDE MENTAL DE MULHERES NEGRAS.....	100
5.1	PANDEMIA, CRISE SÓCIO-ECONÔMICA E RETROCESSOS NA SAÚDE PUBLICA EM SALVADOR.	102
5.2	NAZI-FASCISMO VIRAL E SOBREVIVÊNCIA EM TEMPOS DE GOLPE.....	104
5.3	“A COVID NÃO ESCOLHE GÊNERO NEM COR ?” - PACTOS POLÍTICOS E GENOCÍDIO EM CURSO.....	109.
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS REFERÊNCIAS.....	116
7	REFERÊNCIAS.....	118

1 INTRODUÇÃO

Em seu livro “Olhos d’água” a autora Conceição Evaristo traz no conto “A gente combinamos de não morrer” uma narrativa sobre a morte “*que incendeia a vida, como se estopa.*” (EVARISTO, 2016, p. 99) e conta a história de personagens que são expostos cotidianamente a um processo de perdas recorrentes entre sua comunidade, levando estes a tomar decisões, organizar seu cotidiano em despedidas, como se fossem o próximo alvo e a compreender a vida como uma experiência estressora de “tanta amolação”, pois viver é seguir no enfrentamento de se manter vivo. Essas são as condições que grande parte da população negra enfrenta e resiste, sem romance, para contar sua história e a história de seu povo.

Nesse conto, quando a personagem Bica diz:

“Ouvi um escritor dizer que ficava perplexo com a fome do mundo. Perplexo! Eu pedi pra ele ter a bondade, a caridade cristã e incluísse ali todos os tipos de fome, inclusive a minha, que pode ser diferente da fome dos meus”.

A partir desse escrito, reflito que as feridas que atravessam esses corpos são mais profundas que a pobreza, a fome e a miséria, a dimensão socioeconômica não acolhem as feridas subjetivas e emocionais da história das mulheres negras no Brasil. O estado nega às mulheres negras o direito da manutenção da sua existência, a academia impede que estas possam contar suas histórias e transforma-las em ciência. Como a saúde mental dessas mulheres tem sido objeto de discussão e de construção de cuidado ao decorrer da história do Brasil;

O projeto dessa dissertação, que anteriormente apresentava o título “A ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA NO DISPOSITIVO CAPS - OBSERVAÇÕES DOS DESDOBRAMENTOS ENTRE RAÇA, GÊNERO E SAÚDE MENTAL EM SALVADOR”, tinha em seu objetivo saber sobre a formação dos profissionais de psicologia atuantes em dispositivos de Centro de Atenção Psicossocial, e perceber nas narrativas destes, como o cuidado se constrói nas relações terapêuticas, utilizando as lentes de gênero e raça, partindo das discussões sobre a reforma psiquiátrica, pensando como esse dispositivo se organiza politicamente na cidade de Salvador, para acolher os usuários, compreendendo que 80% da população brasileira que se declara unicamente dependente do Sistema Único de Saúde se considera

negra¹ e 60% das usuárias dos serviços de saúde são mulheres negras² e vivem em comunidades periféricas.

A escolha do CAPS, como dispositivo de referência, ocorre por entendê-lo como espaço de construção coletiva sobre saúde mental, assim também como este pode ser um espaço de construção unilateral, reafirmando os valores hospitalocêntricos e patologizantes, pois este é campo do trabalho vivo (MERHY,2002, p.282), construído por pessoas, com valores e crenças pessoais sobre a coletividade. Ao mesmo tempo, o que se tece nas relações de cuidados mediado pelas instituições de saúde, também representa o perfil do trabalhador, as necessidades da população frente a oferta do serviço e a eficácia da política pública frente à quem se destina atender. Nesse sentido, é preciso entender como as instituições de saúde mental chegaram no Brasil, os processos de reforma e uma contextualização racializada do atual estado das políticas de saúde mental no Brasil, avanços e retrocessos.

O conceito de modos de atenção numa perspectiva psicossocial referenciado nas contribuições de Abílio Costa Rosa (1952-2018), psicólogo e filósofo reformista que apresenta uma crítica ao modo de atenção manicomial, propondo mudanças nas dimensões político-ideológica e teórico-técnica. Nesse sentido, o autor separa os modos de atenção em asilar e psicossocial, atribuindo ao modo de atenção asilar características importadas de outros países - com ênfase no meio medicamentoso, havendo pouca ou nenhuma consideração do sujeito e propondo isolamento e exílio do sujeito, sem articulação entre os profissionais envolvidos no tratamento, construindo trabalho numa perspectiva de 'linha de montagem'.(Costa,2012 p.150-151)

Nesse trabalho, tento evidenciar o modo psicossocial como proposta possível de diálogo com nossas narrativas e subjetividades, pois apresenta como característica uma consideração dos fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes, e não apenas de maneira genérica (Costa,2012 p.153), manejando intervenções a partir da situação ou problemática sucedida. O modo de atenção psicossocial compreende à consideração da pertinência do indivíduo a um grupo familiar e social, o de que não é o indivíduo o único problemático, decorre que se

¹Fonte: Dados divulgados pela Organizações das Nações Unidas (ONU) em 2018.

²Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde, IBGE (2019)

inclua no tratamento também a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado e especialmente que a loucura não é um fenômeno exclusivamente individual, mas social e como tal deverá ser metabolizada. A compreensão da loucura e sofrimento psíquico como parte da existência e como produto do viver o 'tempo', que é mediado pelas implicações sociais e políticas de estar em sociedade - a depender de qual local social se pertença.

Infelizmente, antes de ir a campo, a pandemia da COVID-19 adentrou nossas vidas mudando o funcionamento dos serviços e dos comitês de análise de projetos, e me senti em uma encruzilhada metodológica, entre seguir com o projeto de entrevistas e diário de campo ou modificar a rota, mantendo alguns objetivos de análise. Me desloquei entre os atendimentos clínicos, o suporte à familiares, colegas de pós-graduação, minha família de axé e a comunidade de mulheres negras qual pertença, que esteve bastante vulnerabilizada nesse processo pandêmico e pude perceber que os referenciais produzidos para atendimento em condições emergenciais eram incipientes para a quantidade de situações de risco que esse momento proporciona e a sua alta recorrência. Uma crise política e socioeconômica, alto índice de desemprego, sucateamento do SUS e especialmente da Rede de Atenção Psicossocial, escolas e comércios com funcionamento interrompido e irrisórias estratégias do estado para proteger a dignidade e as vidas das famílias negras que calculavam qual dano seria menos impactante, entre a fome, pobreza e a exposição ao vírus que deixou mais de 400 mil óbitos no Brasil em menos de dois anos, até o mês de setembro de 2021.

Ao pensar na necessidade de contar essa história a partir da fala de mulheres negras, decidi trazer marcos históricos sobre os modelos assistenciais em saúde mental e realizar uma análise do papel da psicóloga na construção desses espaços, desde o Brasil colônia até o atual momento, utilizando as lentes de raça e gênero e fazendo uma análise histórica da construção dessas instituições, seus mecanismos de funcionamentos e interesses, quais linhas políticas de pensamentos as influenciaram e especialmente, onde estávamos nós nessa história. Onde estavam as mulheres negras nessas histórias, que não pudemos contar, nem sermos ouvidas?

As linhas que se seguem não trazem boas notícias. Pesquisar dados sobre saúde mental da população negra é um movimento desafiador, ainda mais tentando fazer uma análise de gênero dos dados levantados. Para além de me sentir parte dessa história, para mim também significa lidar com as ancestrais mortas que não

puderam falar, que assombram e seguem influenciando a vida das mulheres negras que sobrevivem a estruturas violentas mantidas através dos séculos. Significa também trazer à tona histórias que não foram escritas e perceber um silêncio estrutural, que chamamos de epistemicídio, sobre esses fatos, como um processo em curso que segue seu rumo sem obstáculos para o esquecimento. As notícias dessa história trazem dor e sofrimento para também falar de justiça, que precisa ser feita.

Enquanto mulher negra, psicóloga, pesquisadora e tantas outras experiências que atravessam meu corpo-documento³, encontro-me aqui na responsabilidade de tradução - parafraseando Fu-Kiau⁴ a partir de Santana (2019 p.2), que versa sobre um dizer negro que traz em seu objetivo de integrar e entregar as cosmologias, epistemologias, espiritualidades, linguagens e filosofias como movimento de transformação da própria história, em que o ofício de traduzir significa uma responsabilidade em se relacionar com a proposta da negritude de Aimé Césaire, a qual diz ser esta “uma maneira de viver a história dentro da história” (CÉSAIRE, 2010, p.108). Traduzir o dito na história e o não dito das narrativas silenciadas, significa reunir e distinguir momentos do Tempo, estando no aqui-agora, exigindo reflexões para o futuro, se referenciando no movimento do pássaro ancestral *Sankofa*⁵, pois quando escrevo aqui sobre o passado, escrevo sobre como essa história organiza a vida das mulheres negras brasileiras nos tempos atuais.

Em meu processo de graduação em psicologia enfrentei muitos obstáculos na compreensão das propostas ofertadas pelas abordagens teóricas e também com relação ao fazer técnico na assistência, pensando na aplicabilidade destas para a maioria da população brasileira, especialmente as mulheres negras. A racialização das discussões sobre subjetividade e saúde mental, foi apresentada algumas vezes como questionamento da parte de alguns estudantes durante as aulas do curso, porém o assunto sempre era deslocado de sua real importância e apontado como uma forma de deturpação da ciência ou uma espécie de pedra no sapato de quem estava ali apenas para lecionar o conteúdo. A essa altura da graduação, meu processo de tomada de consciência racial chegou com uma força de água e não havia

³ Menção ao conceito de Beatriz Nascimento de Quilombo, onde o corpo é documento no continente da memória.

⁴ Bunseki Fu-kiau, Pensador Congolês, African cosmology of the bantu-kongo: principles of life and living. Nova Iorque: Athelia Henrietta Press, 2001.

⁵ Adinkra de origem africana Acã que significa “volte e pegue”, segundo Abdias do Nascimento (2008), o conceito se traduz por “retornar ao passado para ressignificar o presente e construir o futuro”.

como, nem porque represar os questionamentos que surgiam da minha percepção sobre mim, minha comunidade e especialmente sobre as ferramentas que a psicologia colocou em minhas mãos.

Perguntas como “ *Esse sistema psíquico apresentado como universal, funciona dessa mesma forma para pessoas que vivenciam a experiência do racismo e sexismo cotidianamente?*” ou “*Os sofrimentos emocionais e patologias psíquicas são experimentadas da mesma forma pelas mulheres negras?*” eram recorrentes entre estudantes que compreendiam as categorias raça e gênero como estruturantes e se incomodavam com a ausência de autoras que já discutiam o entrelaçamento das vivências das mulheres negras e a construção de suas subjetividades. Acredito que seja importante dizer aqui que conheci Neusa Santos, Isildinha Nogueira, Maria Lúcia Santos, Maria Aparecida Bento e tantas outras mulheres negras que discutiam esse entrelaçamento subjetivo há décadas, em discussões do lado de fora da universidade. Essas autoras foram régua e compasso para que essa trajetória profissional pudesse ser construída, através de inquietações sobre o método psicológico e a sua relação com as nossas necessidades enquanto comunidade negra.

A verdade é que a psicologia que aprendi na universidade nunca oportunizou que mulheres negras estivessem como autoras de narrativas autorizadas sobre a psicologia e seus desencadeamentos. A existência dessas mulheres era reduzida à militância ou no espaço da “tia do café”, “a moça que limpa a sala de aula” e isso demarca um território que afirma que o que temos a dizer não é importante e que não pertencemos à esse lugar. A população negra aparece enquanto objeto das atuações a partir da psicologia social, abordagem que propõe que toda psicologia é social, no sentido de se responsabilizar com o contexto sócio-histórico e de analisar o comportamento social, em que valores construídos nas coletividades determinam sistemas de crenças e ações sentimentos e emoções decorrentes (LANE, 1981, p.5), assim como as narrativas estereotipadas aparecem como uma problemática social, a qual o psicólogo ocupa apenas o papel de intervenção social mediado por uma instituição. O “lugar de negro” aparecia como minoria em detrimento de uma existência universal que aparece como referência em todas as abordagens.

Alguns professores em sala de aula, ali conduzindo o manejo da informação junto aos questionamentos que surgiam, possivelmente não tinham respostas, ou não queriam pensar a respeito, mas como nos lembra Bell Hooks (2017, p.23), a sala de aula continua sendo o espaço que oferece as possibilidades mais radicais da

academia, onde a transformação precisa de uma educação que permita transgressões e, naquele espaço, transgredir significa contar a história a partir do nosso ponto de vista.

Por fim, estou convicta que os traumas coletivos em que nossas ancestrais foram submetidas impactam nas nossas condições de vida atuais e subjetividades. As ações afirmativas e propostas de reparação são peças fundamentais para um caminho de bem viver cujo objetivo está muito distante da realidade, porque, como nos lembra a personagem do conto citado no início desse texto, Bica (EVARISTO, 2016, p.99), são muitas fomes, muitos desejos interrompidos, sonhos ceifados, porque somos diversos e temos diferentes necessidades.

A história das práticas de assistência à saúde mental no Brasil é de grande importância para compreender a formação social e política da população brasileira, suas crenças e valores sobre ordem e progresso. Loucura e política, lado a lado, construindo a nação. As mulheres negras, em sua diversidade, ainda que atravessadas estruturalmente pelo racismo e machismo, assim como outros marcadores de diferença, negociam o inevitável o encontro com a morte prematura - matada, morrida, planejada secretamente através de engrenagens políticas que funcionam para esse fim - e isso, não afirmo em vão, a história vai contar.

O conceito de neutralidade científica, que pensa a aplicabilidade de uma ciência que é construída sem favorecer nenhum conjunto social de valores (SANTOS, 2004, p. 64), durante anos colaborou para a exclusão e invisibilidade das contribuições de mulheres para o avanço das ciências humanas e sociais e colocou a população negra num espaço de análise bem específico, construindo nessa relação os valores de centro e margem, normal e patológico, cidadão e delinquente. A criminologia e os estudos psicológicos se uniram em prol do desenvolvimento de uma narrativa sobre uma nação moderna e modelo para o mundo, se tornando ferramentas importantes para a construção de um cenário político no Brasil Colônia e segue tecendo influências na história até o cenário atual, formulando personagens como o “cidadão de bem”⁶ e o “bandido”, aqueles que precisam se defender e aqueles que

⁶ As expressões “Cidadão de bem” e “Bandido” são fortemente utilizadas nos últimos anos para legitimar discursos de ódio que defendem que os Direitos Humanos devem ser aplicados a uma parcela da população. Assim como “O Brasil não ir para frente” ser utilizada para se referir ao acesso de pessoas negras e pobres aos privilégios sociais e econômicos da população branca no Brasil.

precisam ser encarcerados desde cedo, pois são forte ameaça para o Brasil “ não ir para frente”.

Enquanto pesquisadora no campo dos estudos de gênero, é desafiador construir essa dissertação com uma insuficiência de produções sobre a saúde mental das mulheres negras nesse campo. As experiências de tornar-se mulher⁷ são bem diferentes das experiências de tornar-se negra⁸. Esse diálogo entre gênero, raça e saúde mental, me reporto as provocações que o psiquiatra martinicano Frantz Fanon se fazia na obra *Pele Negra, Mascara Branca* (1950), refletindo sobre os impactos do colonialismo e dessa “perca de memória” sobre seus antepassados como uma contribuição para um “complexo de inferioridade do colonizado (FANON, 2008, p.84-86), atrelando a colonização não apenas á condição material, mas também a liberdade de expressão e a possibilidade de uma narrativa subjetiva e identitária sobre si mesmo. O autor ao dialogar com autores da négritude, dentre eles, Alioune Diop, Leopold Senghor e René Maranassim, cujas ideias envolvem ferramentas como a reconstrução da história, da civilização e de uma cultura negra original como forma de restituir a identidade do negro suprimida pelo colonialismo, também evoca as contribuições que a psiquiatra negra Neusa Santos expôs em 1983 ao construir a obra “Tornar-se negro - Ou as vicissitudes da Identidade do Negro Brasileiro em Ascensão Social”, onde afirma que nesse processo, construir um ideal de ego que seja nosso - uma referência de vida e mundo a partir das nossas experiencias - é uma estratégia fundamental para a promoção da saúde mental da população negra.

Desta forma, refletir sobre o que quer a mulher negra - sobre o que queremos - nessa estrutura de cuidado em saúde mental, enquanto autora, potencializa em mim afetos e afetamentos de vários lugares de minha vida, movimentando memórias para além da voz da pesquisadora que deseja escrever esta dissertação. Aqui a intelectual e a psicóloga que constrói uma trajetória de trabalho localizada politicamente se misturam com as experiências enquanto filha, neta, amiga, *filha de santo* e

⁷ Menção ao pensamento de Simone de Beauvoir filósofa existencialista e feminista importante para os estudos de gênero, que na obra *O Segundo Sexo* (1949) apresenta a condição de mulher como um processo de negando a essencialidade feminina posta pelo discurso de natureza biológica que confere uma vocação para a maternidade, trabalho doméstico e características físicas e emocionais docilizadas.

⁸Menção ao pensamento de Neusa Santos Souza, que no livro *Tornar-se Negro* (1989) traz a tona as vicissitudes do negro em ascensão social, que apresenta a reflexão sobre ser negro não ser uma condição dada e sim um vir a ser uma identidade que contraria interesses históricos, que surge a partir da narrativa da população negra.

reverberam nas redes que participo com mulheres que estão inscritas na história que precisa ser contada por quem, nos jogos de poder, não está escrevendo os livros, assim como tão pouco está protagonista neles, como diria Lélia Gonzalez: "O lixo vai falar e numa boa"⁹.

Utilizo a revisão bibliográfica como método para fazer o movimento de *sankofa* e resgatar a história sobre os modelos assistenciais em saúde mental, visitar os movimentos de reforma psiquiátrica e contra-reforma e questionar a responsabilidade da psicologia na criação de referências técnicas para uma atuação antimanicomial que seja, acima de tudo, reparadora para as mulheres negras. A escolha desse método parte do desejo de ligar os pontos dessa história, conectando momentos correspondentes que parecem desconexos, aparecendo de formas separadas nos livros de história, psicologia, saúde coletiva e gênero. Essa memória coletiva reverbera, muitas vezes no senso comum, no que é construído sobre a imagem do profissional de saúde mental, especialmente de psicologia como "*coisa de maluco*"; "*profissional que trabalha com doido*"; "*é pra quem tem problema na cabeça*" - são dizeres populares do cotidiano brasileiro, que evidenciam valores sobre o lugar que a saúde mental ocupou na sociedade, preconceitos com pessoas portadoras de transtornos mentais, porém revelam que nessa história ninguém quer ser o louco. Porque afinal, na história do Brasil, quem eram os loucos? O que significa ser tratado como louco? A loucura tem cor e gênero. Nesse sentido, baseio minha análise na crítica feminista, denunciando o seu caráter particularista, ideológico, racista e sexista (RAGO, 1998, p.4) das ciências psicológicas sobre o corpo e subjetividade das mulheres negras.

No primeiro capítulo "Becos de memória: Trajetórias das práticas em saúde mental no Brasil - Pós abolição, loucura, gênero e uma versão da história", faço menção mais uma vez à linguista e escritora negra brasileira Conceição Evaristo e sua obra "Becos de memória", onde a mesma em seu prefácio diz que "As histórias são inventadas, mesmo as reais, quando são contadas" (EVARISTO, 2017, p.11). Trago à tona o contexto histórico abolicionista sobre as ciências médicas e as instituições psiquiátricas. A eugenia, o pensamento higienista junto ao protagonismo dos estudos raciais na construção da psicopatologia e criminologia que juntas

⁹ "nós negros estamos na lata de lixo da sociedade brasileira, pois assim determina a lógica da dominação" (GONZALEZ, 1984, p. 225)

contribuíram para um movimento de modernização do Brasil. Utilizo a ferramenta metodológica-teórica da interseccionalidade, através do pensamento da Kimberle Crenshaw e Patricia Hill Collins para ampliar a leitura deste cenário, a partir das lentes de gênero e raça, situando o conhecimento em quem o constrói e para quem se destina.

No segundo capítulo “A psicologia no Brasil, suas funcionalidades e a aplicabilidade para com as Mulheres Negras”, trago uma perspectiva histórica dos movimentos de reforma psiquiátrica, contrarreforma e as mudanças nos modelos assistenciais, que são concomitantes ao momento político de golpe militar, do fortalecimento do pensamento higienista e chegada da psicologia no Brasil. Essa encruzilhada de fatos, seguem paralelos a uma efervescência da produção intelectual, movimento político e cultural negra, reivindicando agenda política, reconhecimento identitário e igualdade racial. Aqui realizo um diálogo com os documentos construídos pelo Conselho Federal de Psicologia e o Centro de Referência de Psicologia e Políticas Públicas para a atuação do psicólogo nas políticas públicas de saúde mental, tecendo críticas a partir do pensamento de autoras feministas negras que partilham da luta antimanicomial : Rachel Gouveia, Jalusa Arruda e outras autoras/es da psicologia que fazem críticas ao modelo hegemônico de fazer psicológico, reivindicando uma ciência eficaz para assistir as mulheres negras

No terceiro capítulo denominado “Saúde mental de mulheres negras e os retrocessos em desgoverno pandêmico - Políticas de morte e cemitério a céu aberto” realizo uma leitura da experiência da pandemia e da COVID-19 a partir da ótica das mulheres negras em Salvador. Apresento algumas reflexões sobre como os serviços de saúde mental se organizaram e quais estratégias foram utilizadas para a manutenção do cuidado e sobrevivência nesse período, tensionando as lacunas desse processo para as subjetividades negras, tecendo diálogos com Lélia Gonzalez, Neusa Santos e outras autoras que sinalizam a necessidade de sermos porta-vozes de nossas narrativas e construções de cuidado.

Escrever sobre o próprio corpo e seus significados pode ser entendido como narcisismo ou essencialismo, porém esta é uma ferramenta política de mulheres negras e afrodiáspóricas para desconstruirmos suas posições na academia (KILOMBA,2019, p.63). A relação conflituosa entre academia, gênero e negritude está escrita no texto dessa dissertação e atravessa meu corpo desde a minha entrada

nesse espaço. Este trabalho surge também das feridas subjetivas que adquiri nesse processo de tornar-se psicóloga preta e escrever esse texto mas como dizem os mais velhos por aqui “É caminhando que se faz o caminho”, sigo então apontando as lacunas e na descoberta-andança-construção de caminhos onde eu, *minhas mais velhas, minhas mais novas*¹⁰ e minhas iguais possamos caminhar.

¹⁰ Linguagem comum ao povo de santo ao tomar a benção aos mais velhos, mais novos e iguais.

2 BECOS DA MEMÓRIA: TRAJETÓRIA DAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL - PÓS-ABOLIÇÃO, LOUCURA, GÊNERO E UMA VERSÃO DA HISTÓRIA.

“Uma das formas de exercer autonomia é possuir um discurso sobre si mesmo”

Neusa Santos Souza, Tornar-se Negro (1983)

Narrar sua própria história é a ferramenta que possibilita construir verdades sobre de si, sobre o mundo e autoriza verbalizar o viver de um ponto de vista. Localizo aqui minha escrita, no compromisso epistemológico de investigar na história como os modelos de assistência em saúde mental foram construídos através dos tempos no Brasil, com uma preocupação em evidenciar informações sobre como a atuação da equipe profissional e os cuidados eram construídos sobre os corpos femininos negros, pois esta escrita tem uma obrigação moral com a crença que a história pode - e precisa - ser “interrompida, apropriada e transformada pela prática artística e literária” (HOOKS, 1990, p.152) contribuindo para uma luta antimanicomial antirracista.

Nesse contexto, afirmar de onde escrevo, também significa tensionar a ciência que introduziu narrativas sobre os corpos das mulheres negras durante os séculos, utilizando-se da autoridade científica e seus alicerces racistas e sexistas, através das teorias e práticas médicas em saúde executadas em cada período do Brasil. Nessa caminhada investigativa, é notável a incipiência de informações nos estudos de saúde coletiva e nos estudos de gênero, sobre a vida das mulheres negras no Brasil colônia, endossando a importância desse trabalho e a urgência no resgate dessas histórias, para uma construção científica que evidencie as condições sociais que constituem as relações de poder entre diferentes grupos raciais.

Segundo a historiadora Beatriz Nascimento (1989)¹¹, a história do Brasil é escrita por mãos brancas e aqui complemento: Mãos brancas e masculinas. A narrativa que foi contada e contabilizada pelo ponto de vista dos colonizadores e seus herdeiros, deforma narrativas sobre o país, que revelam a contribuição da população negra e dos povos originários dessa terra na formação identitária do Brasil. Essas histórias, entrecortadas, apresentam como a ciência é uma ferramenta política importante, implicada socialmente, que funciona em prol de objetivos e sua aplicabilidade tem impacto social, partindo do ponto de vista de quem a constrói. Um excelente exemplo desse fato é a importância que a prática médica teve no Brasil, ao

¹¹ Frase mencionada em parte do documentário 'O negro da senzala ao soul' realizado pelo Departamento de Jornalismo da TV Cultura de São Paulo, em 1977.

se tornar uma ferramenta para o avanço do projeto nacionalista pré-república, se aliando a movimentos políticos eugenistas e construindo fortes relações junto ao pensamento jurídico, influenciando politicamente a construção de instituições de confinamento e correção de indesejáveis sociais. Apesar dos modelos institucionais construídos no Brasil Colônia, essa relação segue reverberando, atravessando a linha do tempo e se fazendo presente no imaginário social da população brasileira nos tempos de hoje. Essa dinâmica decide sobre quem é o cidadão, portador de direitos e deveres, dentro da lógica de uma sociedade de méritos, e quem merece ser deixado à míngua e assassinado por esse projeto de nação.

O objetivo deste capítulo não é findar o diálogo sobre saúde mental, raça e gênero no Brasil e sua historicização. Tenho certeza de que haverá muitos questionamentos que ficarão em aberto para serem respondidos ou tensionados por quem seguir traçando a construção dessa história. Os escritos acerca da saúde mental no Brasil e os documentos sobre a historicização das práticas assistenciais e a loucura no período escravagista e no pós-abolição, apresentam como a psiquiatria, a psicologia e o estado construíram caminhos para tratar das pessoas consideradas loucas e preteridas para o convívio social.

O louco, personagem da história que protagoniza um discurso qualificado pela medicina e pela criminologia, esteve como foco da exclusão social por existir “fora da norma”. A loucura é objeto da ciência, literatura, religião e aparece como discurso político na modernidade como mecanismo de organização social. O louco, ameaça para a sociedade, precisava ser recolhido e excluído do convívio dos normais e donos da razão (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 49). A ciência passa a interessar-se pela loucura, tendo a psiquiatria como especialidade em 1793, quando o médico francês Phillip Pinel libertou pessoas violentamente institucionalizadas que estavam no Hospital Bicêtre, em Paris. Desde então, a abordagem de cunho científico, passou a fazer parte do tratamento da doença mental (PERES; BARREIRA, 2009). No Brasil, a loucura aparece não apenas como uma doença psicossomática, mas também como uma identidade que se refere a uma conduta fora dos padrões de convívio social e a partir dos discursos de poder-saber estipulado pela religião, política e ciência, foi excluído do convívio social e afastado daqueles que eram ditos normais, racionais, os que não ameaçavam a ordem da sociedade. (LIMA, 2011, p.141-153)

Foucault (2006, p.163) ao afirmar que “A loucura não pode ser encontrada no estado selvagem. A loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das

normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam.” Revela uma dimensão social do conceito de loucura, que direciona uma responsabilização social sobre o estado da loucura, ao invés de trazê-la para a dimensão do indivíduo. Em sua obra, *A história da loucura* (2008), Foucault revela que na idade média, os loucos pertenciam a um certo horizonte social, pois havia uma experiência trágica que os conectava ao mundo como aqueles que dizem a verdade de forma extravagante, como uma experiência que concedesse uma espécie de revelação. (YASUI; PROVIDELLO, 2013, p.1515-1529).

Presente na vida cotidiana da Idade Média, e familiar a seu horizonte social, o louco, na Renascença, é reconhecido de outro modo; reagrupado, de certa forma, segundo uma nova unidade específica, delimitado por uma prática sem dúvida ambígua que o isola do mundo sem lhe atribuir um estatuto exatamente médico (FOUCAULT, 2008, p.121).

O autor apresenta as mudanças ocorridas no século XVII, que contribuíram para que o reconhecimento do louco estivesse atrelado a condutas comportamentais que sinalizavam a necessidade de um reajuste social e ético. Devassos, portadores de doenças venéreas, libertinos, blasfemadores, suicidas, tornando-se objeto do saber médico, porém apresentando uma descontinuidade no estudo de suas questões.

A loucura, no devir de sua realidade histórica, torna possível, em dado momento, um conhecimento da alienação num estilo de positividade que a delimita como doença mental; mas não é este conhecimento que forma a verdade desta história, animando-a desde sua origem (FOUCAULT, 2008, p.19)

A partir da discussão de Foucault (2008), é possível perceber a loucura como um espaço político que funciona também como parte de um *modus operandi* social, em que o seu significado se posiciona de acordo com o modelo de sociedade que está se construindo. No Brasil, a escravidão é um organizador de experiências de vida de forma intergeracional. Até hoje, famílias negras sofrem os impactos socioeconômicos e psicossomáticos de serem descendentes de africanos e por isso, seguem sendo violentados e impedidos de construir uma cidadania digna nesta terra. A mudança de Brasil Colônia para estado-república, influencia na construção de instituições e na construção de um discurso sobre um Brasil moderno através de uma população higienista e pura. Esse desejo, compartilhado pelo discurso médico e criminológico, construiu teorias sobre as doenças mentais e os corpos e mentes

africanas que tiveram grande amplitude no país, e muitos adeptos dentro e fora das universidades de medicina e direito.

Podemos a partir da história fazer algumas reflexões: A relação entre psiquiatria e criminologia contribui para uma patologização da população negra, especialmente da mulher negra nos estudos psicológicos no Brasil? O apagamento da presença e narrativa de mulheres negras no pós-abolição e a participação dessas em movimentos de levantes frente a essa estrutura social nos registros históricos faz parte do projeto de genocídio e apagamento epistêmico da população negra? A construção ofertada pelo estado ao decorrer da história do Brasil atende às necessidades da população que majoritariamente depende desta estrutura? Esses tensionamentos fazem parte da história que não se conta oficialmente, mas segue se escrevendo e circulando na vida das famílias negras, geração após geração.

Ao fazer essa revisão histórica, mesmo como uma forasteira de dentro¹² (*outsider within*¹³), mencionando Patricia Hill Collins (1986) quando descreve a localização das margens onde as mulheres negras constroem suas trajetórias de análise a respeito de raça, classe e gênero, utilizo a ferramenta metodológica e teórica da interseccionalidade, para pensar as implicações dessas estruturas na vida das mulheres negras. A interseccionalidade, que aparece primeiramente no trabalho do jurista afro-americana Kimberlé Crenshaw, faz menção a uma necessidade conceitual, anterior a nomenclatura desse método (BOWLEG, 2012, p.102), que objetiva realizar intersecções entre categorias analíticas, protagonizando raça e gênero.

Crenshaw (1991) assume a responsabilidade de trazer à tona narrativas de mulheres negras, especialmente americanas, que demarcavam a necessidade de reconhecer raça e gênero como categorias que precisavam estar em constante diálogo, inclusive antes da construção dessa nomenclatura, mostrando como os movimentos feministas e anti-racistas lidaram com as diferenças entre grupos, mas não davam conta das diferenças dentro de um grupo. Nesse sentido, os escritos psiquiátricos sobre as mulheres negras categorizam os corpos através da raça e

¹² O termo *outsider within* não tem uma correspondência inquestionável em português. Possíveis traduções do termo poderiam ser "forasteiras de dentro", "estrangeiras de dentro".

¹³ Texto original "Learning from the outsider within: the sociological significance of black feminist thought", publicado em *Social Problems*, v. 33, n. 6, "Special theory issue", p. 14-32, Oct.-Dec. 1986.

atrelam sentidos à condição de gênero nessa intersecção, que deslocam os significados dessa categoria.

Compreendo aqui o corpo a partir de um ponto de vista social como atravessado pelos diversos marcadores e observado também através das lentes do poder de decisão do que é normatividade e aberração (NICHOLSON, 2000, p.17). Gayle Rubin nos convida a pensar os sistemas que configuram as relações conceituais de gênero/sexo, afirmando que um “sistema de sexo/gênero”, numa definição preliminar, é uma série de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana, e nos quais essas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas (RUBIN, 1993, p.1). Atualizando para a realidade brasileira, as intersecções entre raça e gênero flexionam experiências de vida, atrelando variações a partir do diálogo com categorias como território, geração e fatores socioeconômicos.

Utilizar a perspectiva de interseccionalidades enquanto “experiências das pessoas que estão sujeitas a múltiplas formas de subordinação dentro da sociedade”, Nogueira (2017, p.141) colabora na compreensão de que a interseccionalidade não está unicamente ligada às questões de gênero ou raça separadamente, podendo dialogar com outras categorias analíticas, como crítica Akotirene (2018, p.72) acerca do que Crenshaw (2002) apresenta conceitualmente, interseccionalidade enquanto demarcador identitário de um sujeito ou grupo que percebe estar em uma relação de opressão. Partindo desse ponto de vista, é desonesto utilizar esta ferramenta sem desmistificar as relações de poder envolvidas nas mesmas que ultrapassam estruturas sociais e privilégios inseridos na problemática (NOGUEIRA, 2017, p.142) e nessa perspectiva, quem conta a história faz a partir de seu ponto de vista. O que contariam as mulheres negras sobre a figura médica, a instituição hospitalocêntrica e a assistência ofertada pelo estado no Brasil ao decorrer dos tempos? O que significava enlouquecer no Brasil, sendo uma mulher negra? Essas perguntas servem de reflexão constante para os fatos históricos que serão apresentados ao decorrer do capítulo.

2.1 TEMPO EM ENCRUZILHADA

Para começarmos essa linha do tempo, é necessário advertir o olhar que me proponho em tensionar os objetivos das instituições hospitalocêntricas, que pautam a loucura e suas trajetórias e mudanças, políticas e ideológicas ao decorrer dos tempos,

enquanto objetivo institucional e prática assistencial. Partindo desse pressuposto, retornamos ao Brasil Colônia, em 1808 quando o príncipe regente D. João VI criou o ensino médico no Brasil, através da Carta Régia de 18 de fevereiro daquele ano. O príncipe regente foi nomeado em detrimento de sua mãe, D. Maria I - "a louca", que havia 'perdido a razão', aparentemente por conta da perda do marido e do filho primogênito. Del Priore (2019, p.167) traz uma perspectiva em que D. Maria I foi culpabilizada pelos pecados de seu pai, antecessor no trono e somada à responsabilidade da construção de um mundo novo na América, guiada pela bússola moral da Santa Madre Igreja, contrapunha-se ao conflito interno da corte, que sofria por ver uma mulher no controle da nação; essa mulher arrastou o peso de construir um país moderno sem se desconectar de suas tradições que davam a identidade portuguesa, o que lhe custou o equilíbrio emocional, gerando reflexos em sua habilidade de regente (FERNANDES, 2014, p.144).

Na sociedade colonial brasileira, o louco teve sua circulação permitida pelas cidades até 1830, podia ser encontrado pelas ruas, pelas casas de correção, pelos porões das Santa Casa de Misericórdia, asilos de mendigos, sem algum tratamento específico. Não havia uma política de assistência, dessa forma, quando não estavam isolados em casa, estavam vagando pelas ruas. Como a loucura ainda não estava incluída no catálogo dos males (MEDEIROS, 1993, p.75) e nos projetos de instituições hospitalares, o louco era tratado de acordo com suas posses.

Os abastados e relativamente tranqüilos, eram tratados em domicílio e às vezes enviados à Europa (...). Se agitados punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, de acordo com a intensidade da agitação. Os mentecaptos pobres, tranqüilos vagueavam pelas cidades, aldeias ou pelo campo (...). Os agitados eram recolhidos às cadeias onde barbaramente amarrados e piormente alimentados muitos faleceram mais ou menos rapidamente (MOREIRA, 1905, p. 54).

No final do século XVIII foi criada uma comissão da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro com o objetivo de fazer análise e diagnóstico da loucura na cidade. A condição de cárcere ou exposição nas ruas, era criticada pelos médicos do Rio de Janeiro, que construíram a ordem de conduzir os loucos aos hospícios. No ano de 1824, a constituição imperial previu a educação primária gratuita a todos os cidadãos, excluindo os escravizados, do acesso aos estabelecimentos oficiais de

ensino, ainda que possibilitando que negros libertos frequentassem essas instituições (GARCIA, 2007; SILVA; ARAÚJO, 2005).

As Santas Casas de Misericórdia era uma confraria de caridade regida por compromissos de atribuições entre seus membros construídas pela Coroa Portuguesa no Brasil, como em todas as vilas e cidades de Portugal e das regiões por ela colonizadas. Ela era responsável pelos atendimentos nos hospitais, pelas obras de assistência aos presos pobres, a coleta de doações de esmolas, concessão de dotes às órfãs pobres, criação de crianças abandonadas, serviços funerários e execução de testamentos. Tinham grande prestígio político e social - “ofereciam oportunidade de afirmação social, prestígio e privilégio às famílias das elites e aos indivíduos que delas participavam” (QUIROGA, 2008, p. 376).

Quando a loucura passa a ser um obstáculo para o crescimento econômico do Brasil, reconhecido principalmente pelos médicos da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, José Clemente Pereira, político, filantropo e provedor da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, apoiou decisivamente esse movimento e articulou a criação de um hospital de alienados da corte. Ele utilizou de seu poder enquanto Ministro da Guerra para oficializar o pedido da criação do hospício, assim como sua localidade, a Chácara de propriedade da Santa Casa da Misericórdia, na Praia Vermelha.

“Decreto n.82 de 18 de julho de 1841. Desejando assinalar o fausto dia de minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência, hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de Hospício Pedro II, o qual ficará anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta Corte, debaixo de minha imperial proteção. D. Pedro II, Imperador do Brasil.” (AMARANTE, 2003, p.28)

Em 08 de dezembro de 1852 o Hospício de Pedro II foi inaugurado como uma tentativa de cuidar dos loucos de forma diferenciada, seguindo os parâmetros da medicina europeia da época. Com seu funcionamento, os loucos não deveriam mais perambular pelas ruas, nem serem enviados ao Hospital da Santa Casa. Esta instituição deveria obedecer à exigência de só receber loucos curáveis, transformando-se em uma instituição de caridade útil à sociedade (PORTOCARRERO, 2002). Alocado nos limites da cidade do Rio de Janeiro, a instituição preconizava o discurso de que “o isolamento da sociedade não visa a uma simples exclusão de suas fronteiras, mas à possibilidade de uma reinserção do

alienado na sociedade depois de sua reabilitação através de um tratamento” (MACHADO, 1978, p.439).

Nesse mesmo momento da história, se instaura em 1885 a Lei do Sexagenário ou Lei Saraiva-Cotegipe, que foi promulgada em 28 de setembro de 1885. Essa lei concedia liberdade aos escravos com mais de 60 anos de idade e beneficiou apenas alguns escravos, pois eram raros os que atingiam esta idade devido as condições de vida, estimando a expectativa de vida de homens e mulheres a muito antes dessa idade. Trabalho árduo, agressões, tortura e péssimas condições de vida. A lei não teve utilidade na prática, porém favoreceu o lado dos senhores de terra, pois teve grande importância no processo da abolição.

Às vésperas do Terceiro Milênio. Assim, a 13 de Maio de 1888, a Princesa Isabel, então regente do trono em função do afastamento de seu pai, D. Pedro II, assinava a lei que extinguiu a escravidão no Brasil, pondo fim a quatro séculos de exploração oficial da mão-de-obra de africanos e afro-descendentes nesta nação, mais que qualquer outra, por eles construída. (NASCIMENTO, 1997, p.85)

Em 1827 foi publicada a primeira lei nacional sobre instrução pública, que vigorou até 1946; no entanto, ela não fazia qualquer menção à educação escolar de negros (SAVIANI, 1999, p.17). Em 1841, a Faculdade de Medicina da Bahia criou a cadeira de Clínica Psiquiátrica, que foi assumida pela primeira vez em 1886 por Augusto Freire Maia Bittencourt. Nesse período, muitas teses já haviam sido apresentadas à instituição, relacionadas com a psiquiatria e a loucura.

A configuração da Psiquiatria como campo de saber e exercício de poder teria suas origens, de acordo com Foucault (2006), nos primeiros anos do século XIX, sob a forma de uma "protopsiquiatria", a qual ainda não tinha uma característica propriamente terapêutica, mas já era uma forma particular de administrar e de gerir a loucura. Nessa época, o psiquiatra é caracterizado como "alguém que dirige o funcionamento do hospital e os indivíduos" (FOUCAULT, 2006, p.218). A psiquiatria se constitui como campo médico, após a reforma do ensino da medicina. A promulgação do decreto nº 7.247 de abril de 1879, cria a Cátedra de Clínica Psiquiátrica nos cursos ordinários das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Em 1891 surge a cadeira de Clínica Psiquiátrica e Moléstias Nervosas, que teve como primeiro ocupante João Tillemont Fontes, e que se bifurca, em 1914, nas cátedras de Clínica Psiquiátrica e de Clínica Neurológica.

Nessa perspectiva, os estudos voltados para a criminologia e nesse mesmo período, Raymundo Nina Rodrigues (1862–1906) assume a cátedra de Medicina Legal e nela dá início à Escola Bahiana de Etnopsiquiatria¹⁴. Esse movimento é fundamental para compreendermos como se desenha os objetivos das instituições psiquiátricas no Brasil e especialmente na Bahia, onde esse movimento ganha uma grande força. Em 1832 é promulgada a chamada Lei Feijó, que declarava nominalmente liberdade aos africanos escravizados que desembarcassem no país. O sistema capitalista se instalando pelo mundo e o Brasil ainda era um dos países tardiamente escravagista, percebendo a necessidade de construir uma mão de obra barata para a cafeicultura e gerenciar a propriedade privada no Brasil, em 1850 é promulgada a Lei Eusébio de Queiroz, que proibia tráficos de africanos escravizados em território nacional e logo depois, a Lei de Terras, que tinha o objetivo de regulamentar a posse de terras, decretando que escravizados e libertos não teriam o direito de ter posse de terras.

Esses episódios intensificam uma série de mudanças no sistema escravagista do país, que segue um curso de abolir a escravidão para progredir economicamente, barateando a mão-de-obra dos produtos exportados a coroa portuguesa. A província da Bahia, no ano de 1887, possuía cerca de 76.838 escravos. A Bahia era a quarta província em relação à quantidade de cativos e concentrava, na época da abolição, 10% da população escrava do Brasil (PEREIRA, 2015). As condições de vida após a promulgação dessas leis, seguia em permanência dos escravizados nas mesmas propriedades e passaram a negociar condições de trabalho e de acesso à terra, agora, como trabalhadores livres.

Em meados do século XIX, o Brasil adota como ideal um movimento de influência grega, com uma preocupação com a saúde pública. O movimento higienista (SOARES, 1990) ou “movimento sanitarista” (HOCHMAN, 1998), trazia como princípio a valorização da população como um bem, como capital, como recurso talvez principal da Nação (RABINBACH, 1992). Esse movimento preconiza normas que contribuíram para a construção de um conceito sobre saúde pública e individual, compreendendo que o avanço civilizatório caminha lado a lado com uma limpeza das mazelas sociais. Essa linha de pensamento compreende que o mau funcionamento

¹⁴ Ciência fundada pelo psicanalista e etnólogo Georges Devereux (1908-1985) que trata do estudo das afecções mentais em função dos grupos étnicos ou culturais aos quais pertenciam os doentes.

da sociedade e a desordem social eram fatores que produziam doenças, especialmente as doenças mentais, atribui a psiquiatria a responsabilidade de atuar sobre contextos naturais e institucionais para sanar qualquer perigo possível e tornando a instituição hospitalar como a máquina de resolver problemas sociais.

O objetivo de proteger higienicamente a coletividade, em nome da ordem, e contra a anarquia do liberalismo, dos ideais igualitários, da promiscuidade e decadência urbanas - Tarefa, essa, constituída em 1923 no I Congresso Brasileiro de Higiene, tornou-se valor fundamental na construção das instituições hospitalocêntricas. Segundo a concepção higienista, não era possível fazer uma grande nação com uma raça inferior, eivada pela mestiçagem, como eram os brasileiros. Nesta questão, o higienismo se fundamentava na Eugenia (MANSANERA; SILVA, 2000), termo inventado pelo fisiologista inglês Francis Galton (1822-1911), para designar sobre a ciência que trata fatores capazes de aprimorar as qualidades hereditárias da raça humana. Para ele, os humanos poderiam ser melhorados a partir da seleção artificial.

Uma das ideias deste projeto de sociedade, é que dentro de uma família de eminentes intelectuais, a genialidade individual acontecia com bastante frequência, logo o nascimento desses indivíduos mais capazes deveria ser estimulado, assim como o nascimento dos incapazes deveria ser inibido.

(...) Ele acreditava que, se homens e mulheres de talento considerável fossem selecionados e acasalados por sucessivas gerações, seria produzida uma raça de pessoas altamente dotadas. Propunha Galton que se desenvolvessem testes de inteligência a ser usados na escolha dos homens e mulheres mais brilhantes para o acasalamento seletivo, recomendando que quem alcançasse os níveis mais altos nos testes devia receber incentivos financeiros para se casar e ter filhos (SCHULTZ; SCHULTZ, 1992, p.133)

O cuidado eugenista tornou-se um símbolo de patriotismo no Brasil do início do século XX. A preocupação com a constituição étnica da população brasileira se tornou uma questão que envolveria o desenvolvimento do país e o fortalecimento da democracia. Em 1918, surge a Sociedade Eugênica de São Paulo, que tinha o principal objetivo de adoção do ideal do melhoramento da raça pelos médicos. O medo de uma sociedade mestiça, com a presença de negros e indígenas, constituía um imaginário de degradação de uma intelectualidade que pertencia apenas aos europeus e seus descendentes. Nesse sentido, o eugenismo influenciou os rumos tomados pelas práticas de higiene e educação sanitária até meados dos anos 40.

Para os higienistas sociais, interessava a possibilidade, apontada pelo eugenismo, de utilização de todos os conhecimentos no sentido de melhorar física, mental e racialmente as futuras gerações brasileiras. (MANSANERA; SILVA, 2000).

Entendendo que o projeto de sociedade brasileira a ser executado, tinha por objetivo aniquilar tudo e todos que não fossem puramente descendentes da intelectualidade europeia, é importante compreender as práticas de assistência a saúde mental como parte fundamental desse processo, dessa forma o projeto genocida contra a população de ascendência africana se atualiza, a partir da manutenção do pensamento higienista institucionalizado, principalmente a partir da construção científica e do exercício das práticas de cuidado. A África é o berço da humanidade, é a partir dela que a história da humanidade começa e nela se desenvolveram as grandes civilizações que marcaram a história da humanidade, como a civilização egípcia (MUNANGA, 2015).

O conhecimento e sua circulação, na perspectiva dos saberes construídos na diáspora africana, se constituem a partir do pressuposto que a antiguidade é posto de vivências, experiências, escolhas, aprendizados e nós, pessoas negras, herdeiras e testemunhas dessa travessia, também somos portadoras e transmissoras de sabedorias. No que se refere à pessoa, resgatando alguns elementos dos sistemas de valores do bantos e yorubás - grupos étnicos cujos saberes mais se fortaleceram no Brasil - cada pessoa faz parte de uma comunidade e é portadora de uma força, individual e coletiva (WERNECK, 2000). Por sermos também constituídos identitariamente por valores, signos e significados baseados em uma perspectiva de vida, que apesar da estrutura colonial de sociedade normatizar um modelo de humanidade e cidadania que não nos contempla, seguimos fazendo rachaduras, construindo possibilidades a muito custo, lembrando através de ação e pensamento a descendência africana, reconhecendo que somos portadores dessa força, desse *asé - força vital na perspectiva yoruba* - podemos fazer com que essa força se expanda ou diminua, compartilhando-a ou isolando-a. O fio da partilha dessa história, desses saberes, das relações de troca dessa força são as estratégias que nos conduziram até aqui e se faz responsabilidade de cada um de nós, na coletividade.

De acordo com Freitas (1977) haviam duas categorias de escravos: os produtivos e os não-produtivos, os que trabalhavam diretamente para a sustentação do regime escravagista- escravos de eito - e aqueles que eram dirigidos para a prestação de serviços - feitores, criados, negros de ganho. Nesse sentido, coube às

mulheres negras, enquanto mucamas, a tarefa de manter em todos os níveis o bom andamento da casa grande - lavar, passar, cozinhar, tecer, costurar e amamentar as crianças do ventre livre da sinhazinha (GONZALEZ, 1984). Cuidar dos seus, além da assistência e a doação de força moral para seus filhos, companheiros e irmãos de cativeiro, torna-se uma responsabilidade, construindo a imagem da “Mãe Preta”, aquela que cuidou e educou os filhos dos senhores:

A única colher de chá que dá prá gente é quando fala da “figura boa da ama negra” de Gilberto Freyre, da “mãe preta”, da “bá”, que “cerca o berço da criança brasileira de uma atmosfera de bondade e ternura” (p. 343). Nessa hora a gente é vista como figura boa e vira gente. Mas aí ele começa a discutir sobre a diferença entre escravo (coisa) e negro (gente) prá chegar, de novo, a uma conclusão pessimista sobre ambos. (GONZALEZ,1984, p. 223-244)

Goffman (1974) apresenta o conceito de instituição total, o definindo como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada, elas não permitem qualquer contato entre o internado e o mundo exterior, até porque o objetivo é excluí-lo completamente do mundo originário, a fim de que o internado absorva totalmente as regras internas, evitando-se comparações, prejudiciais ao seu processo de "aprendizagem" (GOFFMAN,1974).

Ele categorizou essas instituições em cinco grupos: 1) Aquelas criadas para cuidar de pessoas consideradas incapazes ou indigentes - como cegos, idosos, órfãos e indigentes. 2) Instituições criadas para pessoas incapazes de cuidar de si, que são uma ameaça a sociedade, porém sem intencionalidade - sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. 3) Instituições criadas para proteger a sociedade contra perigos intencionais - cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. 4) instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam apenas através de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões. 5) estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros (GOFFMAN, 1974, p. 16-17).

Trazendo para o diálogo, Foucault (1987) traz a perspectiva da instituição como transformadora de indivíduos, se referindo a instituição carcerária enquanto modeladora de uma reprogramação para o indivíduo, num processo desumano, através de rituais que conscientizam acerca da sua condição de inferioridade, frente a sociedade principalmente. Goffman (1974) segue sinalizando a deformação pessoal sofrida nesse contexto, onde a pessoa perde seu conjunto identitário, desfiguração pessoal - ocorridas através de violências e lesões no corpo - e a ausência de proteção à integridade física e psicológica desses sujeitos. É inevitável conjecturar que dentro da lógica das instituições totais, os africanos sequestrados e traficados para o Brasil e seus descendentes, entendidos como sujeira para um avanço nacional, estariam incluídos nesse plano higienista de aniquilação eugênica, na mesma medida que a loucura era compreendida numa dimensão, onde o louco era uma ameaça a sociedade e precisava ser extirpado dela.

O louco, personagem estudado por diversos autores, com objetivo de observar a loucura como uma redução médica do ser humano a uma condição de doença, tornando-se objeto de exclusão, teve uma análise construída por Foucault (1987), revelando que em Paris fundou-se o Hospital Geral em 1656, uma instituição não médica, com função semi-jurídica de excluir os desviantes de todos os tipos da sociedade, incluindo os loucos. Essa exclusão que foi adotada por grande parte da Europa tinha cunho moral, político, social, econômico e religioso. No fim do século XV, o processo de transição econômica, da manufatura para meios de produção com mais racionalização e vigilância, trouxe um cenário onde as cidades estavam cheias de desocupados, mendigos e vagabundos, juntamente com uma escassez na mão de obra, nas zonas urbanas e rurais. Na França e Inglaterra, instauram-se medidas de repressão aos indesejáveis sociais, complementadas com a criação de instituições, casas de correção e de trabalho, assim como os hospitais gerais (RESENDE, 1987, p. 56).

As violações de direitos que se iniciaram desde o desenho deste projeto político de nação, colocam as mulheres negras na condição de objetos e não como pessoas ou sujeitas de ação - protagonistas de uma narrativa da história desse país - que delega a necessidade de ser forte e se consolidar numa sociedade cheia de desigualdades sociais. (DAVIS, 2013, p.76). Nesse período de amplitude da psiquiatria e das teorias raciais, estávamos vivenciando o pós-abolição, um momento político que a atividade do café ganhava cena, o setor de exportação virou o polo da

economia brasileira, construindo um elo do Brasil com o mercado mundial. Concomitante a esse momento de ascensão industrial, o processo de compreensão de que a população negra estava liberta, não era aceita pela sociedade colonial e para além dos desafios enfrentados para a sobrevivência, muitos levantes populares ocorreram a partir desse momento.

Os senhores foram eximidos da responsabilidade pela manutenção e segurança dos libertos, sem que o Estado, a Igreja ou qualquer outra instituição assumisse encargos especiais, que tivessem por objeto prepará-los para o novo regime de organização da vida e do trabalho. (...) Essas facetas da situação (...) imprimiram à Abolição o caráter de uma espoliação extrema e cruel. (FERNANDES, 1964, p.29)

Nina Rodrigues, um dos precursores de um pensamento que intencionava mudar o foco do crime para o criminoso, em seus trabalhos de antropologia criminal e de psicopatologia forense, baseou-se nas formulações do francês Alexandre Lacassagne e principalmente do italiano Césare Lombroso - considerado o criador da antropologia criminal (RIGONATTI, 2003, p.57) e o pai da criminologia (MORAES; FRIDMAN, 2004), figuras influentes tanto no Brasil como em quase toda a sociedade ocidental. Olhando para o criminoso, segundo Schwarcz não foi difícil para esses cientistas “vincular os traços lombrosianos ao perfil dos mestiços - tão maltratados pelas teorias da época - e aí encontrar um modelo para explicar a nossa ‘degeneração racial’” (1996, p.153).

Outra causa que deve ter influído poderosamente, na Bahia, sobre o desenvolvimento da epidemia, foi a predominância numérica da raça negra e de seus mestiços em nossa população. Demonstrei em outros que as danças e sobretudo as danças sagradas a que se entregam tão apaixonadamente os negros, constituem em poderoso agente provocador da histeria. As contorções que se apoderam dos negros durante essas danças já por si mesmas têm em caráter coréico, e sabe-se que em mais de um ponto da cidade foram estes exercícios coreográficos a fonte do desenvolvimento ou do recrudescimento da doença; não se deve esquecer, aliás, que nas duas cidades brasileiras onde a doença tomou grandes proporções, é muito elevado o número dos negros e seus mestiços. (RODRIGUES, 1889, p.121-122)

A patologização da existência negra, a partir de seu comportamento e cultura, se faz ponto de partida das análises realizadas no intuito de responsabilizar esta raça pelas epidemias que ocorriam na sociedade daquele tempo. Em sua obra, *Coletividades Anormais* (1889), versava sobre psicopatologias das multidões, onde descreve as chamadas epidemias coletivas como transtornos mentais em coletividades, atribuindo a possibilidade de regiões como norte e nordeste serem mais

suscetíveis para esses eventos pela influência dos resquícios do escravismo, questões políticas e especificamente explicitou o conflito entre o monoteísmo cristão e as religiões de matriz africana como fator causal desses episódios. Nela, o autor aprofunda seu alinhamento com a teoria da degenerescência, tentando explicar fenômenos clínicos através da mestiçagem.

a explicação racional e *científica* no mestiçamento, (...), de um povo que conta como factores componentes raças em grãos diversos de *civilização* porque se achavam ao tempo de fusão, em períodos muito *desiguales* da evolução sociológica (RODRIGUES, 1889, p. 456)

Um pouco antes do nascimento dessa obra, em 1871, foi promulgada a Lei do Ventre Livre, que determinava que todos os filhos nascidos de mulheres escravas no Brasil seriam livres, mas permaneceriam sob custódia do dono até os 21 anos. Esse passo, dentro da caminhada para a abolição da escravatura em 1888, instaura-se uma política de imigração para a mão-de-obra assalariada, não incluindo a população negra, o que gerou a institucionalização da desigualdade racial na estrutura política no Brasil. Essa questão é vista, conforme nota-se em Kabengele Munanga (2006) por meio de mecanismos legislativos, como as políticas segregacionistas, nos genocídios e na tentativa de extermínio da população negra, naturalizando tais práticas.

Nesse sentido, no que tange a interseccionalidade e a sobreposição das categorias analíticas escolhidas, raça e gênero evidenciam uma crítica importante nesse contexto, pois a categoria raça organiza e estrutura a condição de vida. Diferente da categoria de gênero, que organiza valores morais e papéis sociais a qual o corpo é implicado. Ser branco e descendente de europeus, nesse contexto, organiza mulheres e homens como cidadãos e o funcionamento dessas relações atravessam os papéis sociais designados pelos valores morais e culturais europeus, de manejo social. Ser negro, nesse contexto, significar ser coisa, objeto, ser produto de troca e venda. Os papéis de gênero construídos a partir de valores morais e culturais europeus sobre a existência e cultura negra, organizam esse corpo como não-cidadão, não-humano, destituídos de voz política e poder de mobilidade social.

É importante ressaltar que nas pesquisas sobre vida da população negra no período pós-escravidão no Brasil sofre uma invisibilidade das discussões acerca de gênero e sexualidade, como pontua Machado (2016, p.334) ao afirmar que as condições de vida, trabalho, saúde, relações sociais e comunitárias são

frequentemente descritas como características de um modo de vida do escravo, sem que em nenhum momento se mencionem as diferenças de homens e mulheres - sejam eles/elas africanos/ as ou crioulos/- no sistema de trabalho escravo ou na comunidade de senzala (MACHADO, 2016, p.334). É possível considerarmos a ausência da discussão mais profunda acerca desse corpo escravizado - mesmo este sendo liberto, porém ainda em condições escravagistas - na justificativa da desumanização, porém podemos observar a presença da diferenciação dessas questões a partir das divisões de trabalho e das formas de mercantilização desses corpos.

Importante pontuar que um ano após a abolição da escravatura, proclamou-se a república, que em nada garantiu a vida da população negra nessa mudança política, os libertos, ex-escravos e seus descendentes instituíram os movimentos de mobilização racial negra no Brasil, criando inicialmente dezenas de grupos (grêmios, clubes ou associações) em alguns estados da nação (DOMINGUES, 2006, p.102).

Em São Paulo, apareceram o Club 13 de Maio dos Homens Pretos (1902), o Centro Literário dos Homens de Cor (1903), a Sociedade Propugnadora 13 de Maio (1906), o Centro Cultural Henrique Dias (1908), a Sociedade União Cívica dos Homens de Cor (1915), a Associação Protetora dos Brasileiros Pretos(1917); no Rio de Janeiro, o Centro da Federação dos Homens de Cor;⁶ em Pelotas/ RG, a Sociedade Progresso da Raça Africana (1891); em Lages/SC, o Centro Cívico Cruz e Souza (1918).⁷ Em São Paulo, a agremiação negra mais antiga desse período foi o Clube 28 de Setembro, constituído em 1897. As maiores delas foram o Grupo Dramático e Recreativo Kosmos e o Centro Cívico Palmares, fundados em 1908 e 1926, respectivamente. (DOMINGUES, 2006, p.103)

A imprensa negra também tem papel significativo nesse movimento, trazendo notícias à tona sobre as mais diversas mazelas que afetavam a população negra no âmbito do trabalho, da habitação, da educação e da saúde, tornando-se uma tribuna privilegiada para se pensar em soluções concretas para o problema do racismo na sociedade brasileira. As denúncias eram importantíssimas para notificar a segregação racial que existia no Brasil, especialmente em alguns estados, onde pessoas negras eram impedidas de frequentar lugares comuns de lazer, estabelecimentos culturais, religiosos, comércios, vetando a essas pessoas o exercício da cidadania.

O discurso médico que privilegiava a família, na modalidade europeia como modelo básico de como se deveria viver em sociedade e como processo de desenvolvimento da nação frente ao mundo. Segundo Couto (1994, p.53), as intervenções no seio familiar iniciaram no começo do século XIX, quando as teses

médicas versavam sobre o cuidado com as crianças, intencionando evitar a degeneração, atravessando a construção do comportamento materno através da ideia de contágio dos males sociais. O lugar social da mulher no Brasil colônia, estava ligado a um modelo de família católica, defendido pela Igreja desde a colonização, atrelado ao casamento e a criação dos filhos.

A representação católica do gênero feminino construiu a figura da “Santa mãezinha” (DEL PRIORE,1990, p.174). Essa imagem circula como assexuada, sinônimo de normalidade, atrelando significados patológicos a outras construções de gênero destoantes desse referencial. O discurso religioso somado ao caráter médico da construção de uma narrativa mítica de sanidade-santidade feminina é construído dentro de uma lógica positivista, que atravessa o pensamento higienista, para a construção de uma nação limpa. Lélia Gonzalez (1981, p.110) lembra a natureza das relações interracialis no Brasil colônia, como resultado da violentação de mulheres negras por parte da minoria branca dominante (senhores de engenho, traficantes de escravos, etc). O processo de demonização da representação das mulheres negras nesse período, foi influenciado não apenas pelo estigma da escravidão, mas também da construção científica de uma narrativa de que esta mulher tem um corpo e uma psiquê criminosa e precisa ser preventivamente tolida, silenciada e mais uma vez, encarcerada.

As mulheres eram definidas nas teses médicas por sua constituição lábil e, portanto, “mais sensíveis, mais impressionáveis, extremosas em tudo” (FIRMINO JUNIOR, 1840 *apud* ROHDEN, 2001, p.109), o que as conduziria à transgressão. No fim do século XIX, essa representação da vulnerabilidade passou a estar associada ao debate sobre as possibilidades de civilização nos trópicos (DORLIN,2006, p.336). O evolucionismo e a hereditariedade potencializavam o perigo dos desvios biológicos e sexuais. Gilman (1985, p.5) demonstra como a sexualidade dos negros, e especialmente das mulheres, era percebida como desviante. Na tese de Justo J. Ferreira, defendida em 1887 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, apresenta como a observação da bacia pode servir como meio para distinguir as raças. Com base em pesquisas realizadas na Maternidade da Faculdade de Medicina e no Museu Nacional, o autor define as especificidades da raça negra, especialmente as suas ‘predisposições mórbidas’ e escritos que nos remetem a noção de violência obstétrica, como a atribuição de maior resistência das mulheres à febre puerperal.

Segundo Nina Rodrigues, o clima quente e suas consequências para a saúde, a repercussão dos processos sociais devido ao pauperismo, emigração, entre outros fatores e, por fim, as condições sanitárias das cidades onde elas ocorreram. Considerar a mestiçagem como fator de degeneração no surgimento das doenças mentais era o fator basilar da análise criminológica para a psicopatologia dos delinquentes. A linha de pensamento construída, tinha objetivo de investigar se as três raças fundamentais no Brasil (Branca, Negra e Indígena) transmitiriam ou não aos produtos dos seus cruzamentos caracteres patológicos diferenciais. Ele começou criticando as estatísticas médica-sanitárias por categorizar racialmente por brancos, negros e pardos (entendendo pardos por mestiços e ameríndios) e depois elaborou uma classificação baseada nas raças puras, acreditando que a filiação seria insuficiente e improvável de conseguir o parentesco real.

A teoria da degenerescência escrita por B. A. Morel (1809-1873), adotada por Nina Rodrigues, era presente em vários campos dos saberes e práticas. Em resposta ao paradigma alienista, que se baseava em uma descrição de adoecimentos advindos moralmente da desordem, atribuindo essa responsabilidade patogênica a um terreno social (baseado em Pinel, Esquirol, etc), o paradigma organicista tinha o objetivo de focar na origem da doença e saber como ela surgiu. A crítica era construída na perspectiva de que os alienistas estavam satisfeitos em observar os fenômenos sem procurar remontar a fonte de surgimento do adoecimento, sem buscar a fonte produtora deles.

Nessa perspectiva de que as doenças mentais seriam transmitidas hereditariamente, a teoria da degenerescência foi considerada para a ampliação de uma visão semiológica para um olhar etiológico. A doença mental era compreendida como incurável ou irrecuperável, porém Morel deixou evidente o seu interesse em vincular os estudos acerca das doenças mentais a medicina tradicional, defendendo uma 'profilaxia preservadora' para combater a causa das doenças e seus efeitos, ao invés da 'profilaxia defensiva' do isolamento do degenerado. Essa concepção foi ampliada pelos estudos de Magnan (1835-1916) que atrelava a teoria evolucionista, sustentando a tese de que a degenerescência seria o desvio que interrompia o processo natural da espécie; e de Lombroso (1836-1909), que a utilizou para a antropologia criminal. Essa ferramenta é importantíssima para o desfecho desse cenário, chegando no objetivo principal que teria essa construção científica naquele momento, que era referenciar-se cientificamente nas vítimas do pós-abolição -

homens e mulheres negras, indígenas, mestiços, pessoas em extrema condição de vulnerabilidades - como produtoras de desequilíbrio mental.

Os estudos desenvolvidos a partir dessa perspectiva, apresentavam a noção de que esses transtornos eram transmitidos e que vários fatores contribuem para essa degenerescência, dentre eles intoxicações, doenças orgânicas congênitas ou adquiridas e a mestiçagem, afirmando que as raças encontravam-se em momentos evolutivos distintos e a população negra e indígena eram consideradas atrasadas ou primitivas em comparação com a raça branca, ou seja - a mestiçagem como fator degenerativo do ser humano. Lombroso cria a noção de "criminoso nato", tributária da teoria da degenerescência formulada por Morel em 1857. (JACÓ-VILELA *et al.*, 2005) e dentre os "criminosos natos", os "loucos morais" são os que despertam maior interesse entre alienistas de diferentes países, na passagem do século XIX para o XX - e continuam a fazê-lo ainda hoje, porém sob formas renovadas. No livro *crime, causas e remédios* (1906), Lombroso dedica um capítulo ao estudo dessa hereditariedade do crime. Nele, diz que o homem herda não só as "compulsões criminais", como também o "contexto criminógeno", onde estão incluídas doenças como a epilepsia ou a meningite e comportamentos tais como o alcoolismo e a prostituição. (p.53-4)

Segundo Dell'Orto Carvalho (2007, p.2), no livro *O homem criminoso*, Lombroso aproxima as características físicas do criminoso nato com as do epilético, mas, depois de analisar um criminoso epilético, ele reconhece a causa da criminalidade atávica (que tem origens em parentes distantes) como residindo em grande parte na epilepsia.

Os "loucos morais" têm os traços físicos dos criminosos menos acentuados do que os epiléticos, mas apresentam, num grau menor, as mesmas perturbações psíquicas; são mais desenvolvidos intelectualmente, o que faz deles perigosos. Os degenerados são os idiotas, os imbecis, os monomaníacos natos, os mattoides (loucos atenuados). Os criminosos natos propriamente ditos têm os traços físicos mais acentuados que todos, são eles os estupradores, os assassinos e os profanadores. Nos delinqüentes por causa externa estão todos aqueles que adquiriram algum tipo de doença degenerativa (sífilis, tuberculose, decrepitude senil) ou mesmo contrabandistas, alcoólatras, glutões, ou "delinqüentes políticos". (CARVALHO, 2007, p.57)

A degenerescência das raças e seus efeitos, deveria ser objetivo de estudo e controle pelo governo e pela ciência. Esse movimento posteriormente foi denominado de biopolítica, conceito criado por Michel Foucault, para explicar a utilização de

protocolos médico-científicos como fundamento para a normatização da vida social e política, e que se caracteriza por prescrever o modo de cuidar do corpo e do comportamento na vida em sociedade, estabelecendo orientações, muitas vezes coercitivas, quanto à natalidade, à autorização para conviver em grupo e às questões sanitárias individuais e coletivas. Reprodução, longevidade e mortalidade foram compreendidas como fenômenos relacionados não mais especificamente ao corpo, individualmente, mas às populações e suas formas de viver (CAPONI, 2014, p. 23-24).

Inserido nesse paradigma, houveram incessantes pesquisas, testes, dissecação de corpos que afirmavam a inferioridade das mulheres, especialmente mulheres negras, através do seu corpo e da sua sexualidade para trazê-las como “o outro” estranho, condenando-as à submissão ao homem branco. O pensamento científico europeu que chega ao Brasil, já menospreza mulheres e atribui valores psicopatológicos atrelados a fragilidade, desordens emocionais e anormalidades sexuais a questões de gênero.

Em cada geração homens e mulheres são um pouco mais diferentes uns dos outros que na geração anterior, sugere Darwin, citando em tom aprovador o pensador materialista alemão Karl Vogt: ‘A diferença entre os sexos, quanto à cavidade craniana, aumenta com o desenvolvimento da raça, de forma que a superioridade do homem europeu com relação à mulher é muito maior que a do negro com relação à negra’. (LAQUEUR, 2001, p. 255).

Thomas Laqueur sugere que o discurso sobre a inferiorização feminina, nesse período, circulava pelo mundo ocidental, onde os órgãos reprodutivos passaram de pontos paradigmáticos para mostrar hierarquias ressonantes através do cosmo ao fundamento da diferença incomensurável:

‘as mulheres devem o seu temperamento aos seus órgãos reprodutivos, especialmente ao útero’ conforme disse um médico do século XVIII. Temos aqui não só um repúdio explícito do velho isomorfismo como também, e mais importante, uma rejeição da ideia de que as diferenças sutis entre os órgãos, fluidos e processos fisiológicos refletiam uma ordem transcendental de perfeição. Aristóteles e Galeno estavam errados ao afirmarem que os órgãos femininos eram uma forma menor dos órgãos masculinos e, conseqüentemente, que a mulher era um homem menos perfeito. (2001, p. 189).

Neste ponto, podemos observar que no texto, a categoria “mulher” se reduz a lógica de gênero biologizante, atribuindo valores subjetivos, morais e éticos aos

corpos, organizando-os socialmente, muito distante das discussões realizadas hoje sobre gênero e sexualidades, onde caminhamos em prol de trajetórias importantes de bem-viver, distante de muitas normatividades. Em contrapartida, os corpos negros, especialmente a mulher negra, que biologicamente foram estudados pela ciência ocidental numa perspectiva de animalização dessa população, atribuindo valores aos processos cognitivos e biológicos, corpos que sofreram patologização das suas formas de exercer a vida - compreendendo as patologias sociais atribuídas a esse grupo específico - que deslocam essa população do contexto de cidadania e intensificam a relação de objetificação, construída nas relações escravagistas, em que essas pessoas se tornavam 'bens' possuídos pelos seus senhores e donos.

Este cenário reverbera intensamente na vida das mulheres negras atualmente, visto que as iniquidades em saúde - aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias, segundo a definição da pesquisadora Margareth Whitehead (1992, p.140) - são reflexos desse processo de desumanização, que não se encerrou. Iniquidade, em seu conceito, propõe uma dimensão ética e social, pois se difere de "desigualdade" por compreender a injustiça social enquanto parte da sua análise, atribuindo responsabilidades políticas na resolução destas questões.

A obra de Ana Paula Vosne, *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX* (2004), contribui para essa discussão, relatando como o corpo feminino passa a ser um objeto de estudo e quando o discurso médico-científico, especialmente no Brasil colônia, passa a discursar sobre este corpo, a medicina também se torna responsável pela construção de muitos mitos ainda hoje presentes no imaginário ocidental acerca da mulher. Uma das partes importantes dessa obra apresenta comparações entre as categorias raça e sexo, na comparação anatômica dos corpos,

Embora homens negros e mulheres brancas européias fossem bem diferentes culturalmente, quando pensados como categoria biológica, as similaridades entre esses dois grupos se acentuavam entre eles passavam a interagir no conhecimento novo que era produzido. É assim que se pode compreender como mulheres foram comparadas aos negros a partir do tamanho do crânio, ou como negros foram considerados representantes de raça do tipo 'feminino' porque eram mais racionais e menos emotivos. (MARTINS, 2004, p.500)

Nesta obra também se apresenta sexo como categoria de diferença no discurso médico no Brasil, no final do século XIX, para fundamentar desigualdades

sexuais na vida pública e privada, encabeçada pelas ciencias biológicas, anatomia e fisiologia. O método comparativo, produzido pela medicina européia nos séculos XVII e XVIII, construiu uma narrativa sobre o corpo feminino como o “corpo diferente”, entendendo o corpo masculino como o corpo referencial. O sexo, não atravessa apenas os órgãos genitais e atravessava tudo nesse corpo estranho e feminino. Esse modelo de investigação atravessa séculos construindo um conceito de feminilidade como fragilidade física, beleza, pureza e principalmente naturalizando a maternidade.

Aqui a maternidade em nada se encontra, com a escrava reprodutora no sistema escravista, que produz novos escravos, referenciando Grada Kilomba (2019 p.28), atribuindo o significado de “boas de parir”, no sentido que as ancas largas, seios fartos, o tamanho dos órgãos genitais e outras características, contribuem para a hipersexualização e desumanização das mulheres negras, influências coloniais que se perpetuam até hoje. A escrava reprodutora não tinha direito à maternidade nem à família, junto com os escravos reprodutores, que após a fecundação e o nascimento, os nascidos pertencem aos senhores, que lucram vendendo as crias no mercado de escravos.

O processo de animalização dos corpos negros, chamado de zoomorfização por Noguera (2014, p.25), revela a condição que a população negra vivencia nesse país, herdando os olhares coloniais a cerca de um corpo que foi escravizado, ou seja, tratado semelhante a animais (selvagens ou domesticados), distante de serem reconhecidos como humanos, destituídos de qualquer direito, ou empatia - palavra inclusive que revela uma hierarquia de poder em relações - e no que tange às diversas formas de violência que operam sobre esse povo, sobre esses corpos, processos de dessensibilização das diversas formas de genocídio, desde o momento de seu nascimento, atravessando o momento de sua morte, negando a possibilidade de saber de onde veio, muito menos de tecer sonhos, possibilidades de bem viver e valorização da vida fora da narrativa da branquitude.

A biopolítica enquanto dispositivo de poder das sociedades disciplinares, discursivo e material, executa o destino de quem merece viver e o deixar morrer. Sueli Carneiro (2005) nos chama atenção para a raça e gênero nesse contexto, que se articulam produzindo efeitos específicos para o “deixar viver e deixar morrer”, no que diz respeito às mulheres enfatizando as tecnologias de controle sobre a reprodução, as quais se apresentam de maneira diferenciada segundo a racialidade; quanto ao gênero masculino, evidencia-se, a simples violência (CARNEIRO, 2005, p.5).

No caso da loucura, estando associada à incapacidade ou ausência de controle dos impulsos, se torna um valor importantíssimo para compreender a avaliação psiquiátrica da criminalidade, com o objetivo de prever atos criminosos futuros, decorrentes dos comportamentos fora da norma do doente mental. Caracterizados pela dificuldade de distinguir o bem do mal (ou para orientar suas vidas em função do que em determinado contexto se considera moralmente correto), esses "loucos morais", seriam uma subcategoria perigosa de criminoso (DARMON,1991, p.33). A avaliação psiquiátrica era baseada em qualificações morais, fazendo com que fosse possível construir um novo tipo de discurso que será uma versão psicológica e ética do delito, atrelando ao ideário psicológico do criminoso.

Ao fazer isso, a psiquiatria deslegitimava a infração tal como ela era determinada na legislação e transformava o delito em uma irregularidade frente a regras morais, sociais, psicológicas e também fisiológicas. Com isso, a condenação não é mais o delito, o crime, e sim as condutas irregulares do indivíduo que os originaram (FOUCAULT, 2002, p.53), ou seja, uma responsabilização ontogênica do indivíduo de comportamentos considerados irregulares. Se antes, o psiquiatra era chamado para periciar sobre o estado de demência do autor de um crime no momento do ato, definindo se ele era ou não responsável pelos seus atos no instante do delito, a partir do século XVIII, o exame passa a focalizar os antecedentes do crime no próprio criminoso.

2.2 REPÚBLICA, EMANCIPAÇÃO ABOLICIONISTA E MUDANÇAS NA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

Com a Proclamação da República, em 1889, surge um período de redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e pela legitimidade dos novos parâmetros definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização” (ENGEL, 2001, p. 331). Espaços como asilos de alienados, quartéis de polícia, hospitais psiquiátricos, hospícios, casas de correção, tinham o objetivo de retirar o louco das ruas, para que este não violasse a tonalidade do que pretendia ser o grau de civilidade da nação. Em janeiro de 1890, o Hospício de Pedro II é desvinculado da Santa Casa, ficando subordinado à administração pública e seu nome mudado para Hospício Nacional de

Alienados. Em fevereiro deste mesmo ano é criada a Assistência Médico-Legal aos Alienados (Decreto nº 206^a, de 15 de fevereiro de 1890). A forma como o depósito de pessoas acontecia nessa lógica, tornava esses espaços, verdadeiros cemitérios a céu aberto, atualizando e relembrando as noções de cárcere e tortura escravagistas.

Em 1903, Juliano Moreira foi nomeado diretor do Hospital Nacional de Alienados e diretor geral da Assistência a Médico-Legal aos Alienados, que teve seu nome mudado para Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal. Juliano Moreira ocupou a direção da Assistência por 27 anos (até 1930), ele trouxe para o Brasil “A escola psiquiátrica alemã” que tem uma importante articulação com a discussão etiológica das doenças mentais. Em concomitância a isso, os acontecimentos de repressão ao exercício da manutenção de tradições afro-brasileiras seguem acumulando: Em 1890 foi promulgada a Lei dos vadios e da capoeira, que proíbe o exercício da capoeira e da vadiagem, sob pena de prisão. Em 1893, durante o governo de Floriano Peixoto, um decreto legislativo autorizou a criação de um estabelecimento voltado para a correção, através do trabalho, dos vadios, vagabundos e capoeiras que fossem encontrados na Capital Federal.

A loucura seguiu sendo gradativamente medicalizada, continuando o objetivo de isolar o louco da sociedade e nesse cenário, as colônias agrícolas surgem como locais de tratamento para loucos curáveis, para tratamento através da práxis ou da ergoterapia, foram surgindo e se multiplicando pelos principais centros urbanos do país como ícones de sua modernização” (PASSOS, 2009a, p. 107). Para Amarante (1998a, p. 76), este conjunto de medidas caracterizam a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias de assistência aos doentes mentais”.

Nesse mesmo período, em 1923 é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental pelo médico higienista Gustavo Riedel, que em nome da qualificação da raça e da prevenção de doenças mentais. Os estudos sobre a medicina mental ganham nova roupagem teórica pela compreensão de que a doença (física, mental e/ou moral) era um “desvio constitucional”, resultado de excessos ou faltas individuais (DIAS, 2015, p.57). A educação, a moral e os costumes, subordinados aos limites impostos pela biotipologia, funcionam como elementos repressores dessas camadas profundas dos indivíduos, permitindo-lhes “disfarçar” suas tendências antissociais (FACCHINETTI, 2012, p.6).

Com relação às mulheres, a questão da constituição estrutural de suas subjetividades e de seus “excessos” era ainda mais notória - especialmente das mulheres negras que foram frequentemente reconhecida como vítima de hiperestesia sexual¹⁵ (CARRARA, 1997, p.15), marcada pela “impulsividade” e pela “fraca moralidade” (RODRIGUES *apud* DIAS, 2015, p.79). Para esses médicos, fora de sua função biológica e social, essas mulheres se tornam portadoras de “degeneração nervosa e mental”, transformando-se em mulheres “más” (AUSTREGÉSILO, 1938, p.109). Compreendendo que as condições de vida e trabalho nesse período para as mulheres negras, a loucura era a condição de muitas que não se adequaram às poucas possibilidades de narrativas cristalizadas dos modos de viver, trabalhar e cuidar de suas famílias, por questões de geração, sexualidade ou condição de vulnerabilidade.

As colônias agrícolas são instituídas em diversos estados, como oferta de serviço de complemento às redes de hospitais psiquiátricos, seja como únicas alternativas consideradas para o tratamento de alienados. De acordo com Resende (2007, p. 47), o entusiasmo na adesão “à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão de outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas por ter encontrado um ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento”.

Como a prática psiquiátrica não existe num vazio social, era de se esperar que ela assimilasse aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores da sociedade onde se inseria, e se empenhasse em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento (RESENDE, 2007, p. 47).

O tratamento asilar foi sendo modificado, questionado e mesmo substituído desde o pós-guerra em vários países. Neste período vários movimentos de contestação ao saber e prática psiquiátrica instituída se fizeram notar no cenário mundial, dos quais se destacam os movimentos denominados Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; e a Psiquiatria Preventiva, nos EUA. Esses movimentos se caracterizaram por visar uma reforma do modelo de atenção psiquiátrica, propondo rearranjos técnico-científicos e administrativos da psiquiatria. Apesar disso, observa-se uma grande expansão da rede de hospitais

¹⁵ Sensibilidade exagerada aos estímulos sexuais.

psiquiátricos no Brasil a partir da década de 1960, acompanhando os movimentos de expansão agrícola no país.

Apesar das movimentações de mudança das práticas assistenciais aos loucos no Brasil nesse período, as colônias continuaram cumprindo o objetivo social de proteger a sociedade do louco e excluí-lo do convívio familiar e outras redes de apoio. Este período, que se encerra em 1920, mantém “inalterada a destinação social do hospital psiquiátrico a despeito da substituição da psiquiatria empírica pela científica” (RESENDE, 2007, p. 52) e se destaca pela ampliação do espaço asilar. O espaço institucional segue sendo espaço onde referencialmente as pessoas negras no pós-abolição são lançadas, com pouquíssimas narrativas acerca dessa experiência, porém quando conseguimos registros fotográficos dessas colônias, conseguimos perceber a predominância de pessoas negras.

No que tange às mulheres, registra-se uma intensa argumentação que justificava a maternidade e a vida no lar como funções essenciais da natureza feminina e anunciava os riscos de comportamentos antinaturais (ROHDEN, 2001 p. 34). Repercutia, assim, no meio médico, o medo dos novos arranjos familiares - como os arranjos familiares inter raciais e entre mulheres - e sociais da vida urbana, ainda mais diante das paulatinas transformações dos papéis de gênero (CYTRYNOWICZ, 2000, p.55).

Nesse momento, discussões feministas, acerca da liberação do corpo da mulher, do direito ao trabalho e ao voto, surgem no Brasil trazendo ventos de esperança para as mulheres que não se adequaram a vida doméstica, um discurso emancipatório emergindo sobre a presença no mercado de trabalho, o reconhecimento na competência no desempenho de tarefas artísticas e trabalhistas, caminhando para a desconstrução de um modelo tradicional de mulher branca, mãe de família, construído pela igreja, estado e pelos discursos médicos, possibilitando novos caminhos. Em paralelo, as mulheres negras seguiam trabalhando. Excluídas dos textos e discursos feministas no país, suas questões foram dissolvidas na temática racial, segue sendo sustentáculo econômico, afetivo e moral de famílias negras inteiras, desempenhando importante papel (GONZALEZ, 1979, p.12). As narrativas que seguem essa caminhada, encontram outras ferramentas de registro e denúncia, como os movimentos de emancipação da população negra, assim como agrupamentos de levantes populares de reivindicação de direitos do exercício da cidadania.

2.3 MOVIMENTOS DE REFORMA - PERCURSOS DA SAÚDE MENTAL PARA A POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

Os modelos de atenção ou modelos assistenciais são conceituados como "combinações técnicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços/populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade" (PAIM, 2003, p. 567). Os caminhos traçados nas práticas assistenciais em saúde mental após a proclamação da república no Brasil, revelam a tentativa de acompanhar o modelo hospitalocêntrico que se desenvolveu na Europa e Estados Unidos após a Segunda Guerra Mundial.

Os valores "liberalistas" e "democráticos" presentes nas reformas realizadas nas instituições nos países europeus e dos Estados Unidos, não combinavam com o tradicionalismo, os resquícios monárquicos e a presença do modelo escravista na sociedade republicana do Brasil. Iniciou-se então, um período que se caracteriza pelo "redimensionamento das políticas de controle social, cuja rigidez e abrangência eram produzidas pelo reconhecimento e pela legitimidade dos novos parâmetros definidores da ordem, do progresso, da modernidade e da civilização" (ENGEL, 2001, p. 331). Nesse sentido, asilos de alienados, quartéis de polícia, hospitais psiquiátricos, hospícios, asilos de mendicidade e casas de correção tinham a função de realizar a exclusão social do louco, garantindo que ele não ficasse pelas ruas, à vista dos passantes, atrapalhando a estética do processo de civilidade que estava sendo construído.

Entretanto, se as mudanças realizadas nas distintas instituições da Federação foram diferenciadas, uma tendência geral influenciou as diversas técnicas e práticas diferenciadas no tratamento da loucura pelo poder público: a exclusão em instituições asilares de milhares de 'homens livres', "onde só aguardavam o dia de sua morte, encarcerados nesses imensos cemitérios dos vivos" (JABERT, 2005, p. 714). Frantz Fanon, em sua obra *Peles negras, máscaras brancas* (1952) afirma (p. 42) podemos situar o louco e a loucura, tal como o negro, segregados na esterilidade e na aridez sociais extremas da "zona do não ser". O não-ser, nesse cenário, tem um papel funcional para a organização social.

Para Resende (2007), houve uma mudança significativa com relação aos valores atrelados à loucura, observando a psiquiatria empírica do Brasil Colônia e a psiquiatria científica adotada nesse momento republicano. Percebe-se um afastamento da instituição religiosa católica da gerência dessas unidades, assim como o crescimento da presença de médicos assumindo o controle desses espaços, assim também como porta-vozes do estado, que avocara a si as atribuições da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia (RESENDE, 2007, p. 43).

O protagonismo da classe médica gerou um processo gradativo de medicalização da loucura, porém sem alterar o objetivo das unidades institucionais, de retirar o indivíduo da sociedade. Com isso, os hospícios e as colônias agrícolas, destinadas aos loucos curáveis, “para tratamento através da práxis ou da ergoterapia, foram surgindo e se multiplicando pelos principais centros urbanos do país como ícones de sua modernização” (PASSOS, 2009a, p. 107). Esse modelo de colônias assistenciais pode ser considerado um dos primeiros passos para o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, considerando que a maioria dos estados acolhe a iniciativa de implementar colônias agrícolas a sua rede de serviços, em alguns locais como única opção ou predominante.

Como a prática psiquiátrica não existe num vazio social, era de se esperar que ela assimilasse aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores da sociedade onde se inseria, e se empenhasse em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento (RESENDE, 2007, p. 47).

Olhando novamente aos asilos-colônias, a proposta do isolamento dos doentes em colônias ganhou diferentes denominações, como os asilos-colônias (MOREIRA, 1902; ROCHA, 1906), ou construiu um caráter para um público específico, como as colônias para epiléticos (MOREIRA, 1905), destacando-se nesse modelo as 'colônias agrícolas'. Na verdade, observa-se já em fins do século XIX a criação, em São Paulo, da primeira colônia agrícola do país, destinada a receber oitenta alienados. O Hospício de Juqueri teria obedecido às diretrizes do Congresso Internacional de Alienistas, reunido em Paris em 1889, que recomendava a construção de colônias agrícolas anexas aos asilos, para o que havia necessidade de grandes áreas (PACHECO; SILVA, 1940, p.213).

Registra-se em São Paulo, o pioneirismo da política assistencial em relação à capital da República, destacando a importância concedida ao tipo institucional das colônias agrícolas na história da psiquiatria no Brasil. Nesse sentido, as colônias agrícolas continuaram sendo noticiadas e recomendadas como solução para o problema dos alienados, muitas vezes associadas à assistência familiar. No âmbito da assistência foram criadas as Colônias de São Bento e de Conde Mesquita (para tratamento de alienados indigentes do sexo masculino) na cidade do Rio de Janeiro, as duas primeiras colônias de alienados do Brasil e da América Latina. Logo depois foram criadas as Colônias de Juqueri, em São Paulo, e a de Vargem Alegre, no interior do Rio de Janeiro. Em 1911, foi criada a Colônia de Alienadas de Engenho de Dentro (para mulheres indigentes) e, em 1920, são iniciadas as obras da Colônia de Alienados de Jacarepaguá e as obras do manicômio Judiciário (AMARANTE, 1998a, p. 76).

Dando continuidade a análise das práticas assistenciais, é preciso marcar a presença da psicologia nesse cenário. Muito antes da regulamentação da profissão, esta já estava sendo estudada por médicos, no mesmo período que o pensamento higienista está bastante evidente no Brasil. Estudos sobre inteligência, percepção e emoções, se tornaram temas das teses de doutoramento de muitos médicos no Rio de Janeiro e Salvador, no início do século XIX. É inevitável associar a influência dos escritos publicados sobre a psicologia experimental apresentada pelo fisiologista russo Ivan Pavlov, que em 1904 havia ganhado o prêmio Nobel de medicina por suas descobertas sobre o sistema digestivo dos animais.

A proposta da psicologia experimental era de uma análise de previsão, controle e condicionamento do comportamento humano e animal. Com essa perspectiva, se destaca na história um alinhamento entre o pensamento psicológico, o discurso higienista e o ideal de sociedade limpa que se desejava construir. Segundo Machado (1978, p. 382), em meados do século XIX surgem no Brasil os primeiros trabalhos teóricos sobre alienação mental, entretanto, a teorização psiquiátrica não reflete qualquer articulação com a prática, se constituindo em “um exercício de cunho universitário, escolar e burocrático”. Apenas em 1881 é que seria criada a cadeira de Psiquiatria na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

O início do século XX, marca a cidade do Rio de Janeiro, então capital do Brasil, com um quadro sanitário caótico caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população como a varíola, a malária, a febre

amarela e a peste. O presidente vigente, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO,2001). Ele adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais.

Refletindo um pouco sobre a importância das relações entre a prática médica, a produção científica construída nas universidades e o discurso religioso trazido pelos colonizadores, na legitimação dos saberes e na interpretação da realidade racial brasileira, o branqueamento como categoria para entender o resultado de intensa miscigenação implantada no período colonial, gerando um alto grupo numérico de mestiços e uma ferramenta de repressão cultural e subjetiva para que o negro negasse a sua identidade e subjetividades para “ser aceito” no mundo branco, ou também chamado nova ordem social (CARONE, 2002, p.14).

Essa ideologia, como uma espécie de darwinismo social, apostava na seleção natural visando uma purificação étnica que ao fim objetivava produzir um homem ariano plenamente adaptado às condições brasileiras. Segundo Carone (2002), o principal elemento conotativo dessas representações dos negros construída pelos brancos é de que o branqueamento é uma doença ou patologia peculiar a eles. Nesse contexto, esse elemento incide alterar o impacto da responsabilidade de todos os investimentos realizados pela raça branca para o extermínio da raça negra, nas subjetividades brancas, tornando o desejo de se tornar branco um mero problema de negros, revitimizando esse grupo como responsável por seu próprio sofrimento.

Olhando pelas lentes de gênero, a construção desse momento científico é evidentemente protagonizada por homens brancos, que sempre estiveram, ocidentalmente, no protagonismo da construção científica. Aqui cabe dizer que não é possível afirmar que as mulheres institucionalizadas não estavam em sofrimento psíquico. O que é passível de questionamento é a internação e alta clínica sem a sua tomada de decisão, diagnósticos construídos através da escuta das narrativas de terceiros, possivelmente homens.

De saída, já podemos colocar que a forma de se enxergar a loucura e comunicar o seu diagnóstico não partia somente de uma análise que se pretendia científica – e, portanto, livre de qualquer julgamento –, mas também da questão moral e dos papéis pré-estabelecidos, embutidos em todos os pareceres. (VACARO, 2011, p. 44)

Foucault aponta para as relações de poder que constituem a loucura enquanto categoria, chamando a atenção para esses espaços construídos tendo a loucura como objeto e afirma que a loucura foi transformada em doença mental pelo poder manicomial em uma operação permeada por elementos culturais, sociais e políticos historicamente particulares e volúveis (FOUCAULT *apud* MUÑOZ, 2010).

As mulheres brancas, nesse momento político, não tinham direito a voto nem ao trabalho. Um dos nomes mais evidentes, historicamente datado como primeira feminista do Brasil é o da educadora Nísia Floresta (1810-1885), que era educadora e fundou várias escolas de mulheres no país, contribuiu com textos alinhados com os ideais feministas europeus, defendendo a educação moral e cívica das mulheres. Desde 1827, o estado previa educação para as mulheres, porém se destinava apenas ao ensino das tarefas domésticas e das responsabilidades que visavam atender o lugar social dentro da família, enquanto isso, Nísia defendia que as mulheres deveriam receber a mesma educação que os homens para serem livres.

O movimento feminista sufragete se inicia no Brasil, oficialmente, em 1910, lideradas pela bióloga e cientista Bertha Lutz, que teve carreira acadêmica no exterior e ao retornar ao país, tomou a frente da luta pelo voto. Ela foi uma das fundadoras da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, organização que fez campanha pública pelo voto, tendo inclusive levado, em 1927, um abaixo-assinado ao Senado, pedindo a aprovação do Projeto de Lei, de autoria do Senador Juvenal Larmartine, que dava o direito de voto às mulheres. Este direito foi conquistado em 1932, quando foi promulgado o Novo Código Eleitoral brasileiro. (PINTO, 2010, p.22)

Quando pontuo acerca da discussão feminista desse período, tensiono racialmente de quais mulheres falamos, pois ainda que as mulheres brancas encontrassem dificuldades para construir os caminhos de emancipação de suas pautas, as mulheres negras, inclusive aquelas que lideraram levantes políticos entre o fim da monarquia e a primeira república, não apenas foram invisibilizadas, como desconsideradas como mulheres. A existência, pensamento e movimento das mulheres como Aqualtune, grande estrategista congoleza, que liderou um exército de mais de 100 mil homens para combater a invasão de seu reino no Congo, em 1695, que após perder a guerra foi traficada para o Brasil e aqui escravizada e vendida como escrava reprodutora. Organizou uma fuga para Palmares quando estava grávida de Ganga Zumba, Gana - lideranças alicerces do quilombo de Palmares - e Sabina, que foi a mãe de Zumbi de Palmares.

Poderíamos citar também outras heroínas negras, esquecidas pela história, como Dandara de Palmares, que junto a Zumbi, liderou por muito tempo o Quilombo de Palmares no século XVII, e em 1694 jogou-se em uma pedreira para morrer em liberdade e não cair nas mãos da escravidão. Luísa Mahin, inesquecível precursora da Revolta dos Malês em 1835 e da Sabinada em 1837, que seria coroada como Rainha da Bahia caso a Revolta dos Malês fosse vitoriosa (ARRAES,2017, p.23).

A forte presença dessas mulheres no Brasil, a influência dessas trajetórias nos movimentos políticos de mudança regimental do país e o silêncio da ausência de dados concretos, assim como registros de seus feitos, apresenta um cenário epistemicida e criminoso na construção da história das mulheres e da ciência no Brasil. O epistemicídio, conceito apresentado pela filósofa Sueli Carneiro, descreve o conceito como fenômeno que ocorre pelo rebaixamento da auto-estima que o racismo e a discriminação provocam no cotidiano escolar; pela negação aos negros da condição de sujeitos de conhecimento, por meio da desvalorização, negação ou ocultamento das contribuições do Continente Africano e da diáspora africana ao patrimônio cultural da humanidade; pela imposição do embranquecimento cultural e pela produção do fracasso e evasão escolar. (CARNEIRO, 2005, p.15). O processo de silenciamento de trajetórias negras femininas, saiu oficialmente do sistema escravagista colonial e se atualizam nas práticas jurídicas e médicas, logo é inevitável pensar que, higienicamente, esse era um dos objetivos das instituições asilares, hospitais e colônias.

Datando 1910 como ano em que ocorreu a Revolta da Chibata, motim realizado em resposta ao uso de chibatadas realizadas por navais brancos para marinheiros negros, em especial o oficial Marcelino Rodrigues, submetido a 250 chibatadas. A revolta, sob a liderança do Almirante Negro - como veio a ser chamado João Cândido Felisberto e os outros revolucionários, André Avelino, Francisco Dias Martins e Manoel Gregório do Nascimento. Eles e mais centenas de colegas negros, entre os dias 22 e 26 de novembro de 1910, bombardearam e ameaçaram de devastação a então Capital Federal da República, puseram o racismo em pauta, estamparam suas reivindicações e ações nas primeiras páginas de jornais como *O Paiz*, *O Estado de S. Paulo*, *Le Figaro* e *New York Times* e criticaram a jovem República (NASCIMENTO, 2008; MORGAN, 2014; LOVE, 2012; ALMEIDA, 2009; MOREL, 2009; SILVA, 1982; ARIAS NETO, 2001; MAESTRI, 2000; MARTINS, 1988).

Assim passaram ao controle do “Minas Gerais” e em seguida, do “Bahia”, do “São Paulo” e do “Deodoro”, todos poderosos navios de guerra em águas da Baía da Guanabara, Rio de Janeiro, em 1910. A marinha, que era composta majoritariamente por homens negros e imigrantes pobres, no pós-abolição, expostos a castigos físicos, péssimas condições de trabalho, continuação das precariedades vividas pela população negra como um todo. O Presidente Hermes da Fonseca havia prometido anistia, porém muitos dos marinheiros envolvidos foram assassinados, deportados, presos e perseguidos.

Desde o século XIX, as Forças Armadas brasileiras resolviam os problemas disciplinares castigando o corpo do infrator. No caso da Marinha de Guerra, o tipo de castigo (golilha, chibata, palmatória, prisão a ferros, solitária) e a quantidade aplicada (dias na solitária, pancadas nas mãos e costas) eram definidos após decisão de um Conselho de Disciplina formado pelo comandante e mais dois oficiais a bordo.² Embora castigos semelhantes fossem utilizados em marinhas de guerras europeias - a russa até o início do século XX -, no caso brasileiro era muito difícil dissociar essas punições físicas em marinheiros negros daquelas praticadas legalmente em trabalhadores cativos do último país das Américas a abolir juridicamente esse tipo de disciplinamento. (NASCIMENTO, 2016, p.93)

Nessas condições, Fanon (1952) elucida a condição do negro em uma frase: É uma pessoa que “graças a uma série de aberrações afetivas foi instalado em um mundo de onde deve ser retirado”. Os impactos subjetivos, numa perspectiva coletiva, contribuem para uma imagem depreciativa e cristalizada da população negra no Brasil, assim evidencia um projeto de nação que tem o objetivo de impedir que exista mobilidade social para esse grupo.

No cenário da Saúde, como um todo, registra-se em 1920 a atuação de Carlos Chagas, então sucessor de Oswaldo Cruz, que reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação. Chagas criou órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas (POLIGNANO, 2001). A forte intervenção médica nas cidades gerou desconfiança e incômodo, por conta do caráter autoritário das campanhas sanitárias, gerando oposição do povo, mas de principalmente políticos e líderes militares, desencadeando a Revolta da Vacina, um episódio de resistência contra a vacina da varíola em 1904.

O modelo de intervenção obrigatória, apesar da grande quantidade de pessoas internadas por conta da Varíola, causou muito estranhamento, pois a vacina era feita do líquido da pústula de vacas doentes, construindo no imaginário das

peçoas uma série de narrativas sobre os efeitos colaterais da vacina no corpo, alguns boatos alimentavam a ideia de que após tomar a vacina, ficava-se com feições bovinas. Após a aprovação do projeto de lei, criado por Oswaldo Cruz, que tornava a vacinação obrigatória em todo território nacional, apenas os indivíduos que pudessem comprovar ser vacinados conseguiriam contratos de trabalho, matrículas em escolas, certidões de casamento, autorização para viagens, etc.

3 A PSICOLOGIA NO BRASIL, SUAS FUNCIONALIDADES E A APLICABILIDADE PARA COM AS MULHERES NEGRAS.

A psicologia enquanto ciência ganha espaço no país, a partir das construções dos institutos para estudos das técnicas psicológicas e da doença mental, nas tentativas de construir uma psicologia social que se alimentava do pensamento eugenista e higienista, assim também como recebeu influências das escolas normais, que eram instituições que tinham objetivo de ofertar uma instrução primária, dentro das normas do país e conduzir os estudantes ao magistério. Em meados de 1930, com uma importante reforma no modelo de atenção em saúde, com a criação de serviços nacionais por doenças produzindo uma verticalização das ações, atreladas a enfermidades específicas, as ações voltadas para a psiquiatria ganharam uma reorganização visando um alinhamento com o movimento de modernização do país e uma ampliação na assistência à saúde, por volta de 1940 (VENÂNCIO, 2007, p.45).

Em 16 de setembro de 1931, em São Paulo, a Frente Negra Brasileira foi uma organização que aglutinou militantes em defesa da inserção do negro na sociedade brasileira através da mobilização política e da educação, importante marco para as movimentações em busca do bem viver da população negra. Nesse mesmo período, em 1941, surge o SNDM - Serviço Nacional de Doenças Mentais ligado ao Ministério da Educação e Saúde - que mais tarde se constituiu na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e hoje é a Coordenadoria Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde - marcando um momento em que os hospitais gerais e psiquiátricos eram majoritariamente pertencentes ao poder público, consolidando a chamada política macro-hospitalar pública. Asilos, como o Juqueri (em São Paulo), o Hospital de Alienados (no Rio de Janeiro) e o São Pedro (em Porto Alegre), exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, demarcando a mão do estado como principal ferramenta de atenção psiquiátrica a nação.

Em 1924, marca-se a fundação da Associação Brasileira de Educação, reunindo nomes como Lourenço Filho, Fernando de Azevedo e Anísio Teixeira, que contribuíram com obras relacionadas a estudos com testes de atenção e de maturidade para a leitura, construindo laboratórios com o interesse de estudar psicométrica e psicologia experimental. Esse é um período de crescimento das cátedras e cadeiras de psicologia nas universidades, incorporando o saber psicológico ao ato de lecionar e caminhando para uma incorporação profissional ampla, saindo apenas da proposta médica de estudo.

Nos anos 30, surgiram os primeiros institutos de Aposentadorias e Pensões, que contando com financiamento parcial do Poder Executivo, constituíram as principais organizações de política social no país. Estes institutos foram criados por Getúlio Vargas e favoreciam as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante (LUZ, 1991, p.43). Em 1945 foi marcado pela publicação do Código Brasileiro de Saúde, que condenava as denominações 'asilo', 'retiro' ou 'recolhimento', reconhecendo a categoria 'hospital', se afirmando o espaço de atuação do hospital psiquiátrico. O objetivo principal dessa publicação era restringir a psiquiatria a prática médica, introduzindo oficialmente técnicas consideradas da psiquiatria biológica, como choque cardiazólico, a psicocirurgia, a insulino-terapia e a eletroconvulsoterapia (SAMPAIO, 1988; AMARANTE, 1998a). Em 3 de janeiro de 1946, foi aprovado o decreto-lei 8.555, que autorizava o SNDM a realizar convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos. Isso colaborou para os crescimentos de hospitais psiquiátricos públicos em vários estados brasileiros.

Aqui percebe-se mais uma vez a presença de um discurso médico acerca do sofrimento psíquico, atravessado pelos processos de reconhecimento civilizatório, naturalizando o racismo científico que, fortemente influenciado pelos movimentos que estavam acontecendo na Europa, de questionamento das instituições totais e da formação de um outro paradigma assistencial e prático que em dissidência das práticas carcerárias, compreendendo que o isolamento não deve ser o único objetivo desses espaços, mas também o tratamento das doenças mentais. No Brasil, é notável a ausência de documentos, relatos e estudos acerca das condições de vida das pessoas negras nesses espaços, especialmente de mulheres.

Nesse sentido, trago a noção de colonialidade do poder, que conduz a discussão epistemológica acerca de nação, saúde, assistência, cuidado e norma, organizada por um modo de produzir conhecimento numa lógica eurocentrada, peruano Aníbal Quijano e explora a “história das relações da América na estrutura de poder mundial”. Rita Segato afirma que essa perspectiva teórica estende-se às estruturas de poder hegemônicas no mundo globalizado, não se limitando a América Latina (SEGATO, 2013, p.36). É possível refletirmos sobre esse discurso médico como parte evidente de um projeto de Brasil, que segue colônia de exploração, desembocando na colonialidade nas práticas institucionais e de controle social. Os modelos de organização política e de assistência aos cidadãos estão organizados nessa perspectiva, sendo assim, o processo histórico de mudança das práticas assistenciais de confinamento e isolamento para o tratamento segue tendo primeiramente o objetivo de servir a lógica da colonialidade, pensando sempre no modelo de nação que estava sendo construído, do que o tratamento e condições de vida das pessoas institucionalizadas.

Segundo Rita Segato, o controle social dirige-se hoje àqueles que ostentam as “marcas da derrota no processo fundante da conquista da África e da América, isto é, aqueles racializados pela dominação colonial” (SEGATO, 2007, p.144). Para essa autora, a “colonialidade da justiça” é a persistência, nos métodos dos agentes de Estado, de uma seletividade dos não-brancos, fundada na estrutura colonial. Raça é, aqui, a legibilidade de uma marca dos povos despojados no projeto colonial (GONÇALVES, 2008, p.34-35). Diante dessa análise podemos dialogar com o conceito de branquitude, construído também na psicologia social, que objetivam “abordar as dimensões do que podemos nomear como branquitude, ou seja, traços da identidade racial do branco brasileiro a partir das idéias sobre branqueamento” (BENTO, 2002, p. 25).

Segundo Maria Aparecida Bento (2002) existe um silêncio sobre o lugar que o branco ocupa nas relações sociais brasileiras. O seu papel nas desigualdades sociais não é refletido, nem problematizado. O foco de discussão é o negro, o problema é exclusivamente dele. Quando construo a discussão sobre as práticas assistenciais, a chegada da psicologia no Brasil e as instituições construídas para isolar ou tratar pessoas com doenças mentais, é importante frisar que essa história não foi escrita pelas pessoas negras. A branquitude, como conceitua Bento por “um pacto, um acordo tácito entre os brancos de não se reconhecerem como parte

absolutamente essencial na permanência das desigualdades raciais no Brasil” (2002, p. 26). A doença mental, entendida como problema social, que precisa ser higienizada da sociedade, como apontaram os precursores do pensamento eugênico da frenologia e psicopatologia social, era um problema social trazido e construído pelos africanos, indígenas e outros grupos considerados inválidos sociais. O projeto genocida se apresenta quando se entende que o Brasil só terá uma cidadania no nível dos países europeus, a partir da erradicação da população negra e seus descendentes do país.

Acompanhando a história, os hospitais públicos psiquiátricos entravam em colapso com o excesso de pacientes internados, o abandono do estado e retomando a lógica excludente institucional. Na década de 50, ocorreram importantes transformações na prática psiquiátrica na Europa e Estados Unidos, no período pós-segunda guerra e as drogas psicóticas, parcialmente responsáveis por grandes transformações nas práticas terapêuticas dos asilos, só fariam sua aparição no mercado em 1955. Esse momento demarca uma grande insatisfação de uma parcela da população brasileira, com a oferta hospitalar pública, gerando uma cobrança do surgimento de instituições privadas que fornecessem o serviço com ‘excelência’. Surge então, nesse período, um amplo movimento da iniciativa privada, sofrendo influências dos movimentos de psiquiatria de setor, que ocorria na França, de comunidades terapêuticas na Inglaterra e de Psiquiatria preventiva, nos Estados Unidos.

A psicologia, que já havia sido implementada no curso de filosofia no Decreto-lei nº 9.092, de 26 de março de 1946, se tornou curso de especialização da área, depois surge a especialização de psicologia educacional, ligada ao curso de pedagogia. O Ministro da Guerra, Canrobert Pereira da Costa, a 25 de outubro de 1949, faz publicar a Portaria nº 171 com “instruções para o funcionamento do Curso de Classificação de Pessoal”, com a inclusão do item: “Noções de Psicologia Normal e Patológica”, com um repertório de assuntos de vasta área, partindo de objetivo e métodos de Psicologia, incursionando pela memória, raciocínio, imaginação, volição até Psicologia dos chefes militares”. A partir dessa publicação se outorga o diploma de psicólogo.

Esse documento se configura como o primeiro documento outorgado acerca do exercício profissional do psicólogo, dialogando com as necessidades e ideais higienistas que estão atrelados às estruturas em que a saúde, principalmente à saúde

mental no Brasil. Trago um pouco mais de atenção nesse ponto, pois este é demarcador para a construção da identidade do psicólogo - que tem gênero, pertencimento racial, classe, território - e constrói um fazer a partir desse lugar. Pensando a intersecção raça-gênero, como traduz Carla Akotirene (2018) como o método que promove “intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares às mulheres negras”, podemos observar que esse saber se constrói de um lugar hegemonicamente ocupado por homens brancos, pensando a nação, a sociedade e os “outros” a partir desse lugar.

O momento político do governo Vargas; A influência de Gilberto Freyre, nas ciências sociais; Artistas e literatos modernistas e regionalistas, nas artes; esses serão os principais personagens do cenário desencadeado como “solução” da questão racial, diluída na matriz luso-brasileira e mestiça de base popular, formada por séculos de colonização e de mestiçagem biológica e cultural - através de uma cultura de estupro dos corpos e de um esvaziamento epistemológico de tudo que é negroreferenciado - em que o predomínio demográfico e civilizatório dos europeus nunca fora completo a ponto de imporem a segregação dos negros e mestiços. Ao contrário, a estratégia subjetiva do “transformismo” e de “embranquecimento”, ou seja, de incorporação dos mestiços socialmente bem sucedidos - embranquecidos - ao grupo dominante “branco”.

Na Era Vargas as ações de saúde coletiva chegaram ao auge do sanitarismo campanhista. No período 1938 a 1945 o Departamento Nacional de Saúde é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o País. Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (CUNHA; CUNHA, 1998).

O questionamento dos modelos de atenção à saúde mental ao redor do mundo proporcionou reflexos nas transformações ocorridas no Brasil e o momento político colaborou para que ocorressem mudanças drásticas na prática assistencial. O Golpe de 1964 sistematiza uma nova abordagem de atuação com relação à saúde mental. Os governos militares construíram articulações entre as instituições asilares e as privatizações da assistência, contratando leitos nas clínicas e hospitais conveniados. Isso construiu um cenário de segregação maior, pois os hospitais públicos continuavam abandonados e em superlotação de pessoas que não tinham

como se vincular a previdência - o grupo dos degenerados - porém os hospitais privados recebiam pacientes ligados à previdência, financiados pelo setor público.

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) em 1960 padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os segurados teriam direito, independentemente do instituto a que estivessem filiados (CARVALHO; BARBOSA, 2010). Esse momento evidencia uma característica da psiquiatria, que é discutida também pela bioética, que é a decisão médica sobre a internação, pois em muitos casos, as prescrições não traziam descrições justificadas a respeito do motivo, sendo uma grande possibilidade da escolha da internação partir do médico ou da família do paciente.

O pressuposto disseminado no meio especializado e na sociedade era de que lugar de louco é no hospício, abrindo possibilidades de imaginarmos que a função de decidir quem era o louco se amplia do saber médico para o controle social, construindo uma sociedade vigilante dos desviantes. Diante da inexistência de dispositivos de assistência intensiva alternativos ao modelo asilar, o sistema impulsionava a internação, mesmo onde havia boa fé (TENÓRIO, 2002, p. 34). Surge então o termo “Indústria da loucura”, denominando um sistema que visava a internação prolongada em empresas hospitalares que auferiam benefícios, sem nenhuma regulamentação do estado, concluindo um verdadeiro incentivo à internação.

Nesse período, congruindo com esse movimento, em 1969 é estendido aos portadores de certificados de curso de pós-graduação, em Psicologia e Psicologia Educacional, o direito ao Registro Profissional de Psicólogo, marcando o início de um exercício profissional nesse movimento de privatização e em uma perspectiva carcerária sem previsão do retorno dos pacientes às suas famílias. Como plano de fundo desse cenário vivemos um explícito momento onde a discussão racial ganha caráter de política de estado, para isso, destrincho aqui conceitualmente raça enquanto construção sociológica, de caráter etno-semântico segundo Munanga (2014) político-ideológico e não biológico, construído no imaginário e na representação coletivos de diversas populações contemporâneas, ainda existem ainda raças fictícias e outras construídas a partir das diferenças fenotípicas como a cor da pele e outros critérios morfológicos (MUNANGA, 2014). Para o autor, o termo raça é usado para designar descendência, ou um grupo de pessoas com um ancestral comum contendo características físicas em comum. Neste sentido, os indivíduos de

pele negra ou parda, eram descendentes dos escravos e considerados como pertencentes a uma “raça inferior” – a raça negra.

Munanga (2005) aponta Racismo como produto de uma escala de valores construída socialmente entre as raças, onde os indivíduos da raça “branca” foram decretados coletivamente superiores aos da raça “negra” e “amarela” e, estabelecia relações entre o caráter biológico (da raça negra) e as qualidades morais, psicológicas, intelectuais e culturais que desemboca na hierarquização das chamadas raças em superiores e inferiores, nascendo daí o racismo ligado ao conceito de raça (MUNANGA, 2005, p. 5). Compreendendo que o processo de construção da nação brasileira esteve estruturado no evento da escravidão, a população negra de fato não foi considerada como parte cidadã, apesar de ter participado diretamente - politicamente e laboralmente - para que esse país estivesse funcionando.

O processo de branqueamento sofreu grande investimento do estado, ideologicamente e com políticas de embranquecimento como o investimento no influxo de imigrantes a partir do século XIX. Entre 1890 e 1914, mais de 1,5 milhão de europeus cruzariam o Atlântico rumo a São Paulo, com a maioria (63,6%) das passagens pagas pelo governo do Estado” (ANDREWS, 1998, p. 98). Aquele momento evidencia um cenário onde os estrangeiros ocupavam os espaços mais dinâmicos da economia, como indústria e comércio, enquanto para os nacionais pobres, sobretudo os negros, restavam serviços intermitentes, de menor remuneração e considerados de menor status: carroceiros, varredores de rua, limpadores de trilho, etc. (SANTOS, 2017, p. 137).

Esse movimento de trânsito de imigrantes e marginalização da população negra participa do processo de democracia racial, termo apresentado na publicação do livro *Casa Grande & Senzala* (1933) de Gilberto Freyre, onde ele propõe que a ascensão do “mulato” seria a saída para a ascensão social do Brasil. Essa narrativa conferiu a ideia de um caráter “harmônico” entre as relações raciais no Brasil, afirmando que não havia desigualdades raciais entre a população brasileira, descrevendo o Brasil como um paraíso etnicamente harmonioso.

Epistemologicamente a produção científica a partir desse lugar ecoa para o mundo uma “nova era” na compreensão da identidade brasileira e compreendendo a importância da democracia racial para a manutenção do racismo, a ciência é construída politicamente a partir de quem a escreve, as narrativas românticas sobre

o processo de abolição da escravatura, pós-abolição e projetos políticos subsequentes, contribui para um cenário em que afirma não ser necessário construir políticas de reparação das desigualdades raciais, nem de afirmação de mobilidade social para a população negra.

O projeto do embranquecimento conseguiu diminuir, quase a metade do número de “mulatos” que havia no início do projeto e aumentar o percentual de pessoas brancas no meio do século XX. Com os resultados positivos do esquema de misturar as raças, logo a consciência negra e suas diásporas começaram a ser negadas e ditadas como racistas, seguindo de uma desvalorização do sujeito negro e a desmilitarização de movimentos sociais contra o racismo com a chegada da Ditadura Civil-Militar. (BERNADINO, 2002, p.51)

A tentativa de extermínio da população negra através das políticas de branqueamento seguiu se atualizando em outras técnicas concretas e subjetivas de humilhação e morte. Nesse período, três médicos residentes do Centro Psiquiátrico Pedro II denunciam no livro de registro da instituição, as condições de maus tratos e violência que eram submetidas as pessoas internadas; ao mesmo tempo que denunciavam as condições de trabalho. A partir daí são demitidos 260 trabalhadores das quatro unidades de saúde mental da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM).

Trabalhadores realizam uma greve em um episódio que ficou denominado como a Crise da DINSAM. E o marco de criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no Rio de Janeiro. Concomitante a isso, é promulgada a Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971, que cria os Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, construindo uma regulamentação da profissão e uma construção curricular sobre o exercício profissional nos cursos de graduação. O momento de crise econômica recebeu forte influência dos movimentos de crítica à psiquiatria ao redor do mundo, facilitando para que as ideias de Foucault (2005), Goffman (1996), Szasz (1961), Laing (1969, 1982), Scheff (1966), Basaglia (1985) e outros tiveram uma forte influência. A situação crítica em que se encontrava a assistência psiquiátrica brasileira era favorável à crítica proposta por esses pensadores e por esses movimentos sociais.

A partir da influência do movimento de Psiquiatria Democrática na Europa, em especial a italiana, construiu-se uma proposta de reforma das práticas assistenciais no Brasil. Franco Basaglia (1924-1980), médico psiquiatra italiano que construiu escritos e movimentações importantes voltados para o questionamento da

instituição manicomial e sua finalidade, contribuiu fortemente para o movimento proposto no Brasil. Basaglia compreendia o manicômio como componente de um sistema hierárquico-punitivo, sendo necessário a construção de um antimodelo que fosse capaz de “[...] destruir a tendência à acomodação dentro de novos esquemas de referência contrapostos aos tradicionais” (BASAGLIA, 1985, p. 313).

Para Basaglia, o manicômio, assim como outras instituições asilares, são úteis politicamente para a perpetuação e manutenção dos valores criados de determinados pela classe dominante, dessa forma as estratégias e ações que se propõem a seguirem na contramão da funcionalidade institucional do sistema não podem “[...] limitar-se a simples transformação humanitária da situação específica, mas [devem] agir no interior da funcionalidade da instituição quanto ao próprio sistema” (BASAGLIA, 1985, p. 315). Olhar para o manicômio a partir de uma perspectiva gendrada e racializada é refletir sobre como essa instituição exerce o controle dos corpos, especialmente femininos e negros. Entender o racismo e o patriarcado como estruturantes para a formação social da população brasileira é também compreender que essas violências são institucionalizadas, reproduzida por uma série de políticas e ações estatais.

É no interior das regras institucionais que os indivíduos tornam-se sujeitos, visto que suas ações e seus comportamentos são inseridos em um conjunto de significados previamente estabelecidos pela estrutura social. Assim, as instituições moldam o comportamento humano, tanto do ponto de vista das decisões e do cálculo racional, como dos sentimentos e preferências. [...] A desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos. (ALMEIDA, 2018, p. 30).

Basaglia (2005) denominou o manicômio, assim como instituições que vão desde a família e a escola, as prisões, como instituições da violência. “A violência e a exclusão justificam-se no plano da necessidade, como consequências da finalidade educativa, no caso das primeiras, e da ‘culpa’ e da ‘doença’, no das outras” (BASAGLIA, 2005, p.94). Essas instituições são extremamente funcionais para controle dos corpos e subjetividades, assim como a naturalização da violência institucional como parte da assistência a pessoas inseridas nesse contexto.

Segundo Arruda (2017), podemos identificar como a relação entre complexo prisional e farmacêutico estão dialogando para conter, controlar e

punir os corpos de jovens negras, lésbicas e pobres, compreendendo a violência institucional como a correção do corpo que foge da norma heteronormativa, através de estratégias punitivas e de controle social (ARRUDA; PASSOS, 2017).

Frantz Fanon (1925-1961), psiquiatra, filósofo, revolucionário martinicano que contribuiu fortemente para combater os efeitos traumáticos do colonialismo na psique da população negra, influenciou fortemente Basaglia na construção do pensamento sobre os limites das instituições (GOULART, 2007; VENTURINI, 2012). Nas últimas páginas do livro *A instituição negada*, Basaglia vai dedicar a Fanon e a sua escolha de romper com esse modelo de opressão, de colonização e de sujeição dos indivíduos, uma homenagem e reconhecimento de sua postura revolucionária de ruptura. A ausência de informações sobre a influência de Fanon no processo de reforma psiquiátrica, grita o distanciamento de qualquer registro sobre esse momento e a discussão de raça, gênero e colonialidade, como afirma Passos (2017) ao pontuar que a contribuição de Fanon para a Luta Antimanicomial acabou ficando invisibilizada na construção da própria história oficial da Reforma Psiquiátrica brasileira e das investigações que se detiveram na experiência italiana.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (OPAS, 2005) foi fundamental para denunciar a violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais.

O II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, surgindo nesse evento um documento importantíssimo para esse processo: A carta de Bauru (1987) - Um documento construído e assinado por 350 trabalhadores da saúde mental. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro), em 1989, foi dada a entrada no Congresso Nacional do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil, marcando “o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo” (DELGADO *et al.*, 2007, p. 41).

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)

A Reforma psiquiátrica estava também ligada ao movimento de reforma sanitária, com o engajamento dos profissionais de saúde e da sociedade civil na busca da construção de um conjunto de políticas públicas que assegurassem a saúde da população (AMARANTE, 1995). Esse movimento foi fundamento para a construção do SUS, que foi regulamentado após a Constituição Federal de 1988, que determina no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Sua formatação final e regulamentação do SUS ocorreram mais tarde, em 1990, com a aprovação da Lei 8.080 e da Lei 8142 (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

4 INSTITUCIONALIZAÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E MOVIMENTOS DA ATUAÇÃO EM PSICOLOGIA - ANÁLISE DOS DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA PARA A ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA.

A institucionalização da Reforma ocorre em função do compromisso firmado pelo Brasil na Declaração de Caracas¹⁶ e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. A Declaração de Caracas foi um documento construído pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1990, intitulado: A reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de Saúde Mental. Esse documento estabeleceu a diretriz da saúde mental, centrando-a na comunidade e dentro de sua rede social. Os recursos, cuidados e tratamentos devem salvaguardar a dignidade pessoal, direitos civis e humanos, propiciando a permanência do doente em seu meio comunitário. O principal efeito nocivo do sistema asilar era diagnosticado como o isolamento, a desintegração social e a exclusão do portador de transtorno mental (DUNKER; KYRILLOS NETO, 2004, p. 119) . Passaram a entrar em vigor no país, a partir da década de 1990, as primeiras normas federais regulamentando a implantação dos serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e Hospitais-dias. Também foram aprovadas as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. As macro mudanças legislativas, jurídicas e administrativas foram, no período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, consideradas necessárias e, até mesmo, as garantias de operacionalização de novas práticas terapêuticas.

A atuação do psicólogo permite evidenciar as contradições entre os princípios que o conjunto da sociedade estabeleceu por meio da legislação e as condições oferecidas para que os mesmos sejam concretizados. O psicólogo, como membro da equipe psiquiátrica, tem como função participar do processo de cura dos pacientes e não apenas minimizar o sofrimento destes, conforme visto anteriormente.(SANT'ANNA; BRITO, 2006) Ele irá contribuir com técnicas e conhecimentos psicológicos, agregando tais competências à equipe. Cabe a este profissional colaborar com os objetivos do grupo, que são compreendidos nas

¹⁶ Documento construído em 1992 na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

seguintes áreas específicas: No diagnóstico, no tratamento, no ensino e treinamento, e investigação e prevenção (BLAYA, 1967). Referente ao diagnóstico, para ser realizado o estudo do paciente, o psicólogo junto à equipe, deve investigar todos os fatores provenientes do indivíduo, que são eles: psicológicos, genéticos, biológicos, sociais e econômicos.

O papel diferenciado do psicólogo nessa equipe são os instrumentos privativos psicológicos. Apesar do trabalho realizado pelos profissionais se deter a sua especialidade, toda a equipe deve participar da análise e da construção de todas as etapas do diagnóstico.

Após as hipóteses diagnósticas levantadas, os psicólogos irão formular estratégias como forma de tratamento, utilizando-se dos meios psicológicos e técnicas psicoterápicas, fornecendo informações e acompanhamento ao paciente, à família e toda equipe. Em relação ao ensino e treinamento, o profissional da Psicologia será encarregado de prestar consultoria e deixar um legado, aos novos profissionais e aos que fazem parte do grupo profissional, que necessitem de conhecimento sobre o fazer psicológico. O psicólogo deve participar ativamente da investigação, pois além de tudo, deve ter caráter de pesquisador, contribuindo no planejamento de programas de investigação, oferecendo suporte ao banco de dados e ratificando a validade de seus experimentos. Por fim e não menos importante, a implantação da prevenção deve-se ser consolidada, onde o psicólogo junto à equipe psiquiátrica irá promover ações de prevenção primária, secundária e terciária, visando à proteção específica e a promoção de saúde (BLAYA, 1967, p.21).

As mudanças significativas nos setores legislativos, jurídicos e administrativos foram, no período de institucionalização da Reforma Psiquiátrica, consideradas necessárias e, até mesmo, as garantias de operacionalização de novas práticas terapêuticas. Nesta fase a Reforma efetivamente começou a se materializar em serviços extra-hospitalares, sejam intermediários ou substitutivos ao manicômio e os novos serviços de saúde mental foram regulamentados, estabelecendo-se algumas definições administrativas e operacionais. Se, por um lado, isso assinala uma responsabilização do estado, uma inclusão da questão na agenda governamental, definindo legalmente sua existência como uma nova forma de assistência oficial, por outro lado, há uma homogeneização dos serviços pela criação de um modelo único, denominado nos documentos como “NAPS/CAPS”, limitando “a criação de experiências inovadoras, induzindo à criação de novas formas de assistência estritamente sanitárias e tecnologias de tratamento e organização de

serviços padronizados sob um modelo operacional” (AMARANTE; TORRE, 2010, p. 122).

Nesse processo, duas leis solidificaram a direção da política de saúde mental no Brasil, no sentido da desospitalização da assistência psiquiátrica, atendimento na comunidade e respeito aos direitos humanos do paciente: a Lei Federal nº. 10.216, de abril de 2001, com base na famosa "Lei Paulo Delgado", sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação da internação psiquiátrica compulsória (aprovada no Congresso após 12 anos de tramitação); e a Lei Federal nº. 10.708, de julho de 2003, instituindo o Programa De Volta para Casa (conhecida como "Bolsa-Auxílio"), que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internação dos hospícios para a família ou comunidade.

Outras Portarias importantes foram também a nº 106, de 2000, que dispõe sobre as residências terapêuticas e a Portaria de nº 336, de 2002, que regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, introduzindo as modalidades CAPS I, II e III, CAPSi e CAPSad. Entretanto, apesar do processo de expansão dos CAPS e NAPS (que em 2002 já somavam 424 serviços em todo o país), as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos e cerca de 80% dos recursos do Ministério da Saúde ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2007).

A Portaria GM/MS, nº 3.088, de 23/12/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pontua a dimensão do cuidado para além da assistência emergencial, ampliando as ofertas de atenção ao apontar novos serviços, distribuídos em (07) sete componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Estes componentes são constituídos por um elenco de pontos de atenção, dentre os quais se destacam os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) em todas as suas modalidades: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i, CAPS ad e CAPS ad III.

Dispositivo	Objetivo	Público	Horário de funcionamento
CAPS I	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15.000 (quinze mil) habitantes.	
CAPS II	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70.000 (setenta mil) habitantes.	
CAPS III	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes.	proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD
CAPSi	Atende crianças e adolescentes que apresentam	Indicado para municípios ou regiões com população acima	

	prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida.	de 70.000 (setenta mil) habitantes.	
CAPS ad II	Presta serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.	Capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000 (setenta mil) habitantes.	
CAPS ad III	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas.	Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes.	Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno.

Fonte: Elaboração própria

Destaca-se nesse período a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ao final de 2001, em Brasília, com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e seus familiares que, segundo Delgado et al (2007, p. 43) “consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência e estabelece o controle social como garantia da reforma Psiquiátrica”, fornecendo “os substratos políticos e teóricos para a [atual] política de Saúde mental no Brasil”. É perceptível a ausência da relação das mulheres com saúde mental no processo de construção e registro da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial, especialmente mulheres negras, como usuárias, familiares e trabalhadoras da saúde que participaram desse processo, que atualmente segue sendo protagonizado por mulheres

A psicologia enquanto ciência e profissão, contribuiu bastante para o avanço dos estudos sobre saúde mental no Brasil, assim como também teve papel importante na forma como a sociedade enxerga o que é saúde mental, loucura, normalidade e qual o papel do psicólogo. Despretensiosamente, vivemos uma sociedade que historicamente é aversiva a transtornos mentais, teme ir ao psiquiatra e acredita que psicólogo é profissional que cuida de loucos. É necessário atrelar esse sentimento do senso comum à história da chegada da psicologia ao Brasil. Assim também relembram a quem se destinava os estudos e práticas - com qual objetivo - esse saber e fazer.

A criação dos órgãos de regulamentação da profissão de psicóloga são marcos importantes para observar o objetivo político do exercício profissional. Em 20 de dezembro de 1971, o presidente Emílio Garrastazú Médici promulga a Lei nº 5.766, que cria os Conselhos Federal e Regionais de Psicologia. O Conselho Federal de Psicologia é a atual autarquia pública vigente, regulamentada pelo Decreto 79.822, de 17 de junho de 1977, que regulamenta, orienta e fiscaliza o exercício profissional em todo território nacional e distrito federal. Este órgão tem o objetivo de promover espaços de discussão sobre os grandes temas da Psicologia que levem à qualificação dos serviços profissionais prestados pela categoria à sociedade (SOARES, 2010).

O Sistema Conselhos, criado através da Lei 5.677/1971 atualmente é composto pelo Conselho Federal de Psicologia e por 23 Conselhos regionais que sistematizam a regulamentação e orientação da profissão. Nessa conjuntura, atuando conjunto e está representativamente presente nos CRPs e CFP, o (CREPOP) Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas é responsável pela condução a nível regional das ações de pesquisa a partir de diretrizes formuladas nacionalmente, para o fortalecimento da presença da Psicologia no campo das políticas públicas, também contribuindo na assessoria dos plenários regionais na articulação política local e fomentando discussões referentes à interface da Psicologia nas Políticas Públicas.

Os modos de trabalho da categoria de psicólogas nas políticas públicas de saúde mental é uma questão que acompanha a mudança do modelo hospitalar manicomial para as tentativas assistenciais nos serviços substitutivos - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residência Terapêutica (SRTs) e os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o programa De Volta para Casa e os atendimentos prestados pelas equipes de saúde da atenção básica (BRASIL, 2004).

Utilizo aqui a nomenclatura “ Psicólogas” por ser uma profissão majoritariamente construída por mulheres, com o objetivo de trazer visibilidade a este trabalho vivo, apesar de ter em sua maioria figuras masculinas atreladas à construção científica. O Conselho Federal, no ano de 2021 contabilizou cerca de 386 mil psicólogos registrados no órgão, sendo que desse montante, segundo o site oficial do Conselho Federal de Psicologia, 341.851 psicólogas são mulheres. Existe aqui uma resistência, na nomenclatura profissional, em reconhecer a presença majoritária de mulheres na construção da profissão, apesar das discussões de gênero serem parte importante das discussões institucionalizadas no Sistema Conselhos.

A partir da Resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 11/1998, foi institucionalizada a Comissão Nacional de Direitos Humanos do CFP, propondo reflexões sobre Direitos Humanos e as formas de intervenções em situações de violação de direitos humanos que causam sofrimento psíquico (MIRANDA,2016 p.89). Foram criadas, subsequentemente, comissões de direitos humanos em cada Conselho Regional, para que as discussões e intervenções fossem discutidas de forma específica. A discussão enquanto referência técnica, surge a partir da Resolução do CFP 01/1999, que estabelece normas para o exercício profissional em relação á questão de orientação sexual e que preconiza que nenhum profissional de psicologia poderá exercer qualquer atuação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem como agir de forma coercitiva orientando pessoas para tratamentos como a “cura gay”.

Em 2005, foi aprovado a versão do Código de ética profissional do(a) Psicólogo(a), que se encontra em vigor até o momento, através da Resolução do CFP nº10/2005, que possui sete princípios fundamentais baseados na Declaração Universal dos Direitos Humanos e veda o psicólogo de induzir sujeitos a convicções de orientação sexual ou qualquer tipo de preconceito em suas funções profissionais. Em 2010, o CFP conquistou a vaga no (CNDM) Conselho Nacional dos Direitos da Mulher e em 2011 lançou a Resolução nº14/2011 que assegura pessoas transexuais e travestis o direito à escolha na Carteira de Identidade Profissional de Psicóloga(o) do seu nome social.

Com relação a erradicação do racismo, somente em 2002 o CFP lançou a Resolução 018/2002, que estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação a preconceito e discriminação racial, vetando a psicóloga(o) de utilizar em sua atuação, técnicas e ferramentas que reforcem o racismo, assim como colaborar com

serviços que fomentem a desigualdade racial e realizar pronunciamentos e comunicações que contribuam com práticas discriminatórias. O Código de Ética Profissional (2005) não resolve explicitamente sobre racismo ou preconceito racial, deixando uma grande lacuna a respeito da responsabilidade na prática profissional com o sofrimento psíquico causado pela desigualdade racial.

Após a Lei da Reforma Psiquiátrica, a atuação da psicóloga na Rede de Atenção Psicossocial se tornou de grande importância para o projeto de assistência. O texto da portaria cita entre os profissionais de nível superior imperativos ao funcionamento deste serviço: médico, psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico. As atribuições do serviço do CAPS I, por exemplo, preveem o desenvolvimento de atividades como atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; Visitas domiciliares; Atendimento à família; Atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; (BRASIL, 2002, p.50)

Nesse sentido, existe uma dificuldade em delimitar a atuação da psicóloga nesses serviços, pois a descrição das atividades não vincula a realização das mesmas ao serviço de psicologia especificamente, Dimenstein (2003, p23) denuncia essa mesma confusão sobre as funções do psicólogo na rede básica de saúde, em especial, aqueles que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa situação abre portas para que o profissional de psicologia atuante no serviço, realize apenas as atividades que desejar e essa lacuna permite que o serviço seja executado sem uma orientação técnica de cunho psicoterapêutico.

Alguns marcos da luta antimanicomial precisam ser lembrados para entendermos como essas histórias se encontram. Nos anos 60, a introdução da psicologia no Brasil, juntamente com o avanço do pensamento higienista como um valor nacional de prática de cuidado, trouxeram a presença dos estudos psicológicos para o campo da educação, além da medicina. Nesse período de estabelecimento da profissão de psicóloga no Brasil, havia em curso um movimento de trabalhadores e psicanalistas de combate ao modelo manicomialista de assistência à saúde mental. Nos anos 80, as políticas públicas de saúde mental priorizaram a criação de equipes multidisciplinares para que o atendimento fosse mais qualificado. Esse novo tipo de

atuação, baseado nas equipes, trouxe para o campo da saúde, profissões até então estranhas a ele, entre elas a psicologia, que foi uma das áreas que mais teve profissionais contratados na época (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

4.1 REFERÊNCIAS TÉCNICAS CONSTRUÍDOS PARA A ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA NO SERVIÇO DA RAPS

O Conselho Federal de Psicologia, junto ao CREPOP, na tentativa de construir um manual de orientações aos profissionais que atuam nas políticas públicas, realizou em 2009 uma pesquisa de âmbito nacional junto aos psicólogos que atuavam nos CAPS (CFP, 2009). Em 2013, o CFP lançou o documento "Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos no CAPS", creditando a psicologia a responsabilidade de se implicar enquanto profissão que estimula produção de sentidos novos, substituindo as relações tutelares pelas relações contratuais para a integração social e familiar dos Usuários do sistema de saúde mental (CFP, 2013). Em 2019, o CFP lança o documento "Referências técnicas para atuação de Psicólogas(os) nas políticas de Álcool e outras drogas", contribuindo para a instrumentalização na atuação nesse serviço.

Para observar esses fatores pelas lentes de raça e gênero, a ferramenta teórica e metodológica da interseccionalidade pode ajudar a compreender alguns processos, especialmente na intenção de interrogar a qualificação do serviço ofertado ao compreender essas duas categorias operando dinamicamente. Apesar da interseccionalidade ter sido concebida no movimento do Feminismo Negro (Black Feminism), com a intersecção específica de raça e gênero e com a perspectiva de ser aplicada, inicialmente, nas ciências sociais, estudos sobre mulheres, e estudos de direito com metodologia qualitativa esta tem crescido em popularidade e tem sido aplicado na psicologia e saúde pública (KELLY, 2009; BOWLEG, 2012). Na conceituação da interseccionalidade, afirma-se que identidades sociais não são nem independentes, nem hierarquizadas. Nenhuma identidade social, seja de raça, gênero, classe social, etc., é mais importante do que outra. Partindo desse ponto de vista, é necessário examinar as intersecções de diversas identidades sociais ao invés de examiná-las separadamente, supondo que que elas funcionam de uma maneira aditiva, como as intersecções entre raça, gênero, e posição socioeconômica, por exemplo.

A escolha de pensar a categoria mulheres, ocorre pela necessidade de localizar a situação da experiência de dupla violação, entendendo que na esfera social, existe um sistema de valores que prejudica o acesso de mulheres aos direitos básicos, como também o acesso à saúde e a bens e serviços, utilizo o recorte de mulheres cis nesse trabalho, entendendo que a transgeneridade aparece enquanto experiência estruturante que atravessa todas as dinâmicas de diálogo entre as categorias escolhidas.

Juliet Mitchell (2008) em afirmar que a situação das mulheres é diferente de qualquer grupo social, apresenta como problema que a literatura clássica sobre o problema da condição da mulher tem uma ênfase predominantemente econômica, acentuando sua simples subordinação às instituições de propriedade privada. Para ela, o status biológico da mulher como algo que sustenta tanto sua fraqueza como elemento de produção, nas relações de trabalho, quanto sua importância como posse, nas relações reprodutivas e essa interpretação mais completa e recente dá a ambos os fatores uma estrutura psicológica (2008).

Loucura sempre será uma condição atravessada pelas condições de vida de quem a vive e se propõe a construir cuidado em uma relação profissional – usuário. Diante desse cenário é importante salientar que a literatura a respeito da saúde mental das mulheres negras ainda se faz incipiente às demandas diversas e específicas dessa população. A psicologia, ciência que se propõe construir algumas ferramentas de cuidado, ainda necessita aprimorar bastante o diálogo sobre saúde mental de mulheres negras, visto que este sofrimento não está localizado nas principais referências de análise e práticas psicoterápicas, muito menos nos manuais técnicos de referência à atuação da psicologia nas políticas públicas, ao mesmo tempo que assola a maioria da população brasileira que é feminina e negra, entendendo que os efeitos do racismo e da misoginia são questões de saúde pública.

É também importante ressaltar o momento histórico e político em que este trabalho é construído, onde a democracia e todas as oportunidades que já eram escassas de movimentação da rede de cuidado são desafiadas por um regime, onde o fascismo toma a frente das televisões e redes sociais, fantasiado de desejo de mudança. Isso implica severamente nos resultados dessa pesquisa, assim como nas narrativas das participantes. Esse momento da história do país é intensificador de sofrimentos, a partir de posicionamentos do representante presidencial e das deliberações referentes ao SUS que restringem acesso e constroem caminhos de

retrocessos dentro do que foi construído através de lutas pelas garantias de direitos. A flexibilização do acesso às armas, o combate a “ideologia de gênero” a redução de impostos fabricados sob cigarro no Brasil, entre outras propostas que contribuem para o aumento da taxa de mortalidade e genocídio da juventude negra, diminui o acesso da população à serviços de saúde mental, sexual e reprodutiva, assim como outras questões referentes à saúde ambiental e reforma agrária, que atinge milhares de pessoas.

Entendendo como urgente compreender na construção de saúde mental as categorias gênero e raça, esta segunda categoria enquanto construção social usada para identificar e rotular grupos e consecutivamente pessoas pertencentes a esses grupos; não apenas para localizar os processos de saúde e doença na inseridos na dinâmica entre essas duas categorias, mas principalmente para pensar quais outras possibilidades, fora do que está construído enquanto normativo em saúde mental, podem ser consideradas em suas trajetórias de saúde.

Desta forma, permanecem inquietações sobre como é construído um projeto ético-político de atuação nesse dispositivo, que tem uma responsabilidade política com a desinstitucionalização, deixando a parte a gendrificação e racialização dos corpos que constroem e que são assistidos por este serviço? A liberdade e a responsabilidade que são pontos norteadores para a eficácia dessa política funcionam de qual forma para a população assistida, principalmente no que tange às mulheres negras? Como a profissional de psicologia compreende seu serviço dentro das referências ofertadas pela instituição reguladora e a dinâmica cotidiana de serviço? Acredito que estas são perguntas que muito aparecerão ao decorrer deste trabalho e não tenho intenção de sanar suas respostas, mas de tensioná-las para que este seja uma questão que produza práticas e ações afirmativas, na reparação das desigualdades sociais.

O documento “Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos no CAPS”, se organiza em quatro eixos: I - Dimensão ético-política das políticas de saúde mental; II - Psicologia e Políticas Públicas de saúde mental: a necessária mudança de perspectiva; III - A atuação da psicóloga(o) na política do CAPS; IV - Gestão do Trabalho. É notável o investimento em produzir um material de qualidade para a atuação profissional no serviço, desejando preencher algumas lacunas de compreensão do que é o dispositivo, qual o papel da psicóloga no serviço e principalmente, a implicação política em romper com a lógica manicomialista de

cuidado. A escolha do CAPS como dispositivo para investigação das práticas, surgiu a partir de uma demanda da categoria, observada no V Congresso Nacional de Psicologia - CNP, realizado em 2004.

A pesquisa foi realizada em três circuitos: Levantamento de Campo com o objetivo de delimitar o campo de investigação; o segundo trata da Investigação da Prática com objetivo de aplicar, em todos os CRPs, os instrumentos definidos como necessários para a investigação nacional; e o terceiro a Produção de Referência consiste no processo de elaboração de referências técnicas, específicas para cada área investigada. As dificuldades enfrentadas pelos profissionais, relatadas nesse documento, pontuam sobre a atuação técnica em diversas realidades, sobre a necessidade de fazer encaminhamentos em locais onde a rede não é estruturada e questões relacionadas ao espaço físico e a ausência de infraestrutura que prejudica a eficácia dos serviços.

O documento que objetiva construir uma referência sólida para a atuação da psicologia na área, reflete um pouco sobre os diálogos que o Conselho Federal de Psicologia e os Conselhos Regionais vem construindo com a categoria, se aproximando de uma legitimação como instância reguladora do exercício profissional e nesse sentido aborda um panorama temático acerca de sofrimento psíquico, reforma psiquiátrica, evolução das políticas de saúde e saúde mental no Brasil.

Tornou-se lugar comum a afirmação de que nos serviços substitutivos ocorre uma prática inventiva, desinstitucionalizadora. E isto é absolutamente verdadeiro. Nos novos serviços, nos CAPS, muito do que é feito, grande parte da experiência cotidiana de técnicos, usuários e familiares não encontra referência em nenhuma teoria ou disciplina. Não está previsto em nenhum manual de Psicologia ou qualquer outra disciplina e nem sempre se formaliza como saber teórico. (CFP, 2013, p.92)

A forma como a atuação em psicologia é construída neste espaço é afirmada enquanto revolucionária e realizada em contraponto ao modelo institucionalizante manicomial, entendendo a liberdade como ponto de partida do fazer, assim como a responsabilidade, principalmente com a introdução do reconhecimento da vontade e da responsabilidade na experiência da loucura. Ao modular a internação – artigo 4º da lei 10.216 de 2001- dá a esta o estatuto de um recurso entre outros e não mais o recurso, a ser usado quando os demais houver se esgotado, produzindo um corte nos episódios de sequestro e institucionalização.

Nesse sentido, as formas de observar as pessoas, entre o que se chama de sujeito e laço social, dentro da perspectiva da referência técnica, solicita á categoria

e a psicopatologia, ciência que atua com diagnósticos, que dialogue o que é viver dentre esses dois fatores. Porém, ao decorrer do texto desta referência, a loucura parece ser algo genérico e em vários momentos específico de quem enlouquece, ao invés de compreender que existe um modelo de sociedade que adocece, vigia, pune e dociliza corpos que são considerados indesejáveis. A psicóloga Bader Sawaia conceitua desigualdade social como a ameaça permanente à existência.

Ela cerceia a experiência, a mobilidade, a vontade e impõe diferentes formas de humilhação. Essa depauperação permanente produz intenso sofrimento, uma tristeza que se cristaliza em um estado de paixão crônica na vida cotidiana, que se reproduz no corpo memorioso de geração a geração. (SAWAIA,2009, p.369)

É evidente a pontuação realizada nesse documento, sobre a atenção necessária aos discursos acerca de saúde mental e da reforma psiquiátrica, que mesmo emergindo em combate ao discurso manicomial, ainda assim pode seguir alimentando a lógica de normatização de sujeitos, anulando as diferenças e produzindo igualdades, sem considerar a necessidade de alinharmos o cuidado produzido aos conceitos de equidade do SUS. A equidade é um dos princípios do SUS - a legislação fala-se em “igualdade de assistência” (item VII, art. 7o da lei 8.080) - como sinônimo de equidade, que versa sobre justiça em reconhecer as diferentes necessidades e atuando na diminuição das iniquidades geradas pelas desigualdades sociais.

No eixo I - Dimensão ético política das políticas de saúde mental apresenta-se uma discussão sobre alguns aspectos da evolução das políticas de saúde e saúde mental no Brasil, para a compreensão do que influenciou a criação do SUS e da RAPS. Ao apresentar as políticas executadas no Brasil Colônia, em nenhum momento aparece a importância das relações escravagistas na criação e manutenção dessas políticas. A escolha em não aprofundar na forma como a etnopsiquiatria norteou os estudos mentais e psicopatológicos nesse período, utilizando a população negra para estudo e construção das teorias racistas e a forma como isso se estende aos dias atuais, com outros nomes e outras práticas na psicologia, sinaliza que essa questão não é colocada em evidência na elaboração do cuidado no serviço:

A vinda da família real ao Brasil inaugura processos de desenvolvimento social, científico e econômico, de emergência de formação intelectual e de institucionalização antes não assistidos no país. Nesse momento, o Brasil é cenário de fortalecimento e incentivo ao pensamento científico e a todo aparato institucional de sua sustentação. A metrópole é aqui. Por isso, o Brasil é também cenário

onde se instalam práticas higienistas nos centros urbanos em expansão e onde o pensamento eugênico ganha força a serviço da institucionalização de formas de pensar e de agir que respondam ao projeto emergente para o país nesse momento. (CFP,2013, p.47)

Seguindo a análise, o foco na figura do médico-psiquiatra acaba tornando a população sem rosto. Afinal, quem era institucionalizado nas políticas de saúde mental no Brasil Colônia e quem é atendido nas políticas de saúde mental no Brasil de hoje? Todos os loucos do Brasil eram atendidos da mesma forma? A história é contada, de fato, por quem pode escrevê-la.

Percebe-se a clara institucionalização e cientificização do tratamento à loucura no Brasil. Assistiu-se nesse período a participação da psiquiatria nas ações de saneamento e reorganização da vida urbana. Não à toa, vê-se crescer na população psiquiátrica em 31% o conjunto de estrangeiros. Além disso, destaca-se a implementação das colônias agrícolas como aperfeiçoamento dos hospícios e a expansão do projeto medicalizante. Ganham força as ideias de prevenção, profilaxia e higiene mental, apoiadas nas teorias das degenerescências, que preveem predisposições individuais hereditárias para as doenças mentais. (CFP,2013, p.49)

A questão se trata, não da veracidade dos fatos, mas de uma neutralidade em narrar a história, como se o decorrer dessa atuação não tangenciasse o genocídio da população negra no Brasil e um contribuísse na história das mulheres ditas loucas, inseridas nesse ciclo. A ausência dessa discussão mostra uma parcialidade, vinda do saber médico e da branquitude, tornando verdade a sua versão da história. Ao decorrer desse documento, as palavras raça e racismo não aparecem nas descrições históricas, nem nas discussões técnicas. Assim também como gênero não aparece como uma categoria de importância para a construção desta referência.

Ao descrever o movimento de reforma psiquiátrica brasileira, pouco se evidencia o papel de usuários e familiares na construção desse processo. Ao apresentar que o objetivo maior desses novos serviços e da rede substitutiva é acolher e resgatar a subjetividade de cada um e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes relacionais e de convivência social (CFP,2013) fica evidente que essas políticas públicas tem o interesse de reparar, em alguma medida, os danos causados pelo sistema manicomial na sociedade, assim como criar oportunidades de construir outras narrativas sobre esse serviço e sobre o profissional de saúde. Todavia, essa reparação se torna extremamente ineficaz sem considerar as desigualdades estruturais que atravessam a sociedade. A implantação de um modelo psicossocial de atenção implica em compreender qual a cor, o gênero e o território da

maioria dos usuários, assim como fatores da estrutura social - como acesso aos serviços de saúde - se potencializadores de sofrimento psíquico. A loucura tem cor:

O objetivo maior desses novos serviços e da rede substitutiva é acolher e resgatar a subjetividade de cada um e, ao mesmo tempo, possibilitar a construção de redes relacionais e de convivência social. A implantação de um modelo psicossocial implica numa mudança de concepção acerca das pessoas com sofrimento mental e na busca de saídas e construção de estratégias em diversos campos que fazem conexão direta ou indiretamente com o campo da saúde mental, para fazer caber entre nós aquilo que 69 muitos consideram não ter cabimento: a loucura.(CFP, 2013, p.68)

No eixo II - “Políticas Públicas de Saúde Mental: A necessária mudança de perspectiva”, apresenta uma perspectiva histórica da psicologia no Brasil e a importância da mesma no cenário das políticas de saúde mental. É fundamental observar o avanço da atuação nos serviços, o crescimento dos cursos de psicologia e a institucionalização dos serviços psicológicos, assim como esse desenvolvimento acompanha a discussão sobre o conceito de saúde, que passa a compreender fatores sociais como determinantes e condicionantes da saúde. Nesse sentido, é perceptível uma narrativa que revela o papel de importância do movimento higienista no desenvolvimento da psicologia no Brasil:

O crescimento do processo de urbanização e industrialização do país e o agravamento de problemas sociais enfrentados demandaram respostas que viriam a se concretizar com a presença da Psicologia e de outras disciplinas, subsidiando os processos de administração científica do trabalho, da saúde e da educação. (ANTUNES, 2001) Coincidente com esse processo, vemos surgir nesse momento os primeiros hospícios brasileiros, como resposta às demandas de organização social impulsionadas pelo progresso e as novas configurações do cenário brasileiro. Nesse contexto, “(...) a medicina higiênica – como a medicina mental – vai constituir um discurso sobre todas as instâncias da vida, invadindo as esferas das relações pessoais para moldá-las segundo os propósitos da ordem e da disciplina urbana” (CUNHA, 1986, p.35). [...] No interior dos hospícios e de instituições médicas correlatas, o desenvolvimento e a expansão dos conhecimentos psicológicos representavam a contribuição da Psicologia como ciência afim à Psiquiatria. A Psicologia subsidiava não apenas as finalidades de higienização social, como apontava para um conjunto de práticas clínicas, de origem profilática e direcionadas aos sujeitos considerados normais (ANTUNES, 2001). (CFP, 2013, p.73)

Nesse sentido, um dos compromissos ético-políticos da psicologia, inserida no movimento de reforma psiquiátrica, é romper com o movimento que abriu as portas para o seu desenvolvimento científico e profissional. O movimento higienista

contribuiu - e segue contribuindo - para os estigmas de loucura e criminalidade, atrelados principalmente a raça e gênero, produzindo iniquidades em saúde e contribuindo para o racismo institucional. No Sistema Único de Saúde, o racismo institucional contribui para a iniquidade na assistência prestada a esta população que recebe quantidade menor de atendimentos e de pior qualidade quando comparada à população branca (WERNECK, 2016).

Seguindo a análise do Eixo II, os movimentos ditos contra hegemônicos descritos no documento, objetivam “resgatar” as singularidades, as subjetividades das pessoas, “claramente orientado pela psicanálise” (CFP, 2013), tinham interesse de saírem da narrativa do que o saber médico-psicológico construiu como doença. A psicologia acompanhou esse período, afinal, de 1930 até 1950, pesquisas sobre a construção sociocultural das diferenças caminhavam junto com a introdução dos cursos de psicologia em algumas instituições de ensino superior. Pesquisadores como Raul Briquet, Donald Pierson, Aniela Ginsberg, Virginia Leone Bicudo, Arthur Ramos e Dante Moreira Leite foram precursores no compromisso de “desbiologizar” a temática, trazendo-a para o campo da psicologia social (SANTOS; SCHUCMAN; MARTINS, 2012, p. 167). Nos anos 80, a psicologia passa a se interessar com mais afinco acerca das lutas sociais, visando a democratização da sociedade e a promoção da justiça social. O crescimento da atuação de psicólogas na política pública acontece concomitante a implementação do SUS, SUAS e é fundamental para a reorientação do modelo de assistência na saúde pública.

É importante lembrar os movimentos existentes de produção intelectual e atuação política em prol da população negra nesse período. A ilustre contribuição de figuras como Lélia Gonzalez, Beatriz Nascimento, Abdias do Nascimento e a efervescência do Movimento Negro Unificado no Brasil e a criação de coletivos, conselhos e institutos destinados a observar o Brasil a partir dos olhos da população negra. Infelizmente, os movimentos contra hegemônicos da psicologia, desse mesmo período, não dialogam diretamente com esses movimentos.

Existe um cuidado em demonstrar a atuação da psicóloga como parte do novo momento assistencial da política de saúde mental e um compromisso ético-político em respeitar as subjetividades e singularidades, sem reduzi-las às patologias, porém neste documento, não há uma explicação acerca das violências estruturais como produtoras de sofrimento e potencializadoras de adoecimentos psíquicos. No

lançamento dessa referência, várias autoras, inclusive ligados à psicanálise, já haviam publicados índices sobre a saúde da população negra e questões de gênero, como Neusa Santos, Isildinha Baptista Nogueira, Maria Aparecida Bento e outras autoras de fora da discussão de saúde mental, que traziam os impactos das violências raciais e de gênero nas subjetividades brasileiras.

A discussão sobre a prática profissional nesse serviço, o fato desta não estar delimitada ao saber psicológico, fica evidente uma preocupação em como a atuação ocorrerá, bem como os diagnósticos serão construídos sem responder às expectativas do saber médico-centrado, aparentando um desejo em construir uma trajetória única de cada sujeito, na tentativa de construir uma rede de apoio, compreendendo-o como um todo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, entre as 17,3 milhões de pessoas que utilizaram o Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos seis meses de agosto, 69,9% eram mulheres; 60,9%, pretas ou pardas.

Em 1984, foi elaborado o Programa de Atenção Integral à saúde da Mulher (PAISM), o estado passou oficialmente a governar a saúde da mulher por uma perspectiva integral de saúde, contrapondo-se às políticas anteriores de natalidade, que fomentavam práticas de esterilização. Ele também passou a ofertar o planejamento familiar, cuja regulamentação ocorreu apenas em 1996, conforme lei n. 9.263. Um ano depois ocorreu o 3º encontro feminista latino-americano caribenho, que ainda em ditadura, aconteceu em Bertioga (SP), aumentando a visibilidade das pautas negras femininas, nas discussões feministas. Importante lembrar que em 1992, a deputada Benedita da Silva (PT-RJ) e o senador Eduardo Suplicy (PT-SP), instalaram uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar as causas da esterilização em massa de mulheres brasileiras, especialmente mulheres negras, em concomitância às discussões sobre direitos reprodutivos que estão ocorrendo em outros espaços políticos.

Em 1993, o Geledés - Instituto da Mulher Negra, organizou o Seminário sobre Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, evento preparatório para a 5ª Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, em Cairo, no Egito. Nesse seminário foi criada a Declaração de Itapeverica, que unificou as demandas do movimento de mulheres negras para o Estado brasileiro e para as grandes conferências multilaterais sobre as mulheres da década de 1990. Em 2001 ocorreu a Conferência de Durban, o Estado reconheceu a necessidade de produzir políticas de

reparação e ações afirmativas, após anos de reivindicação do movimento negro. Em 2003, é promulgada a Lei 10.639, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira". Em 2009, o governo lança a Política de Saúde da População Negra, que visa erradicar o racismo institucional e promover saúde para a população negra. Em 2010, é promulgada a lei 12.288, que cria o Estatuto da Igualdade Racial, na tentativa de garantia de direitos para a população negra viver com dignidade. Em 2009, foi implementada a PAISPN - Política de Atenção Integral à Saúde da População Negra, Mas a construção do campo da focalização da saúde na população negra teve início nos anos 1980, com protagonismo do movimento de mulheres negras, partícipes na construção de uma proposta de equidade racial junto às burocracias do SUS e em 2012, é promulgada a Lei 12.711, que garante as cotas raciais nas universidades públicas.

No eixo III - “ A atuação da psicóloga no CAPS” apresenta-se o fazer nesse serviço, apesar do serviço substitutivo ser uma novidade para a psicologia enquanto proposta de trabalho, colocando a invenção de práticas junto a propostas já existente, visando a liberdade e o respeito às diferenças, uma construção diária:

Nos novos serviços, nos CAPS, muito do que é feito, grande parte da experiência cotidiana de técnicos, usuários e familiares não encontra referência em nenhuma teoria ou disciplina. Não está previsto em nenhum manual de Psicologia ou qualquer outra disciplina e nem sempre se formaliza como saber teórico. (CFP,2013) “Práticas que – é importante assinalar– ocorrem ao lado de, e convivem com intervenções absolutamente legitimadas e aceitas pelo saber técnico científico”. (Desinstitucionalização da prática e práticas da desinstitucionalização. Texto apresentado no Encontro Nacional “20 anos de Bauru” mimeo. Bauru, 2007. CFP) (CFP, 2013, p.92)

A liberdade e a responsabilidade aparecem como conceitos orientadores da prática clínica dos serviços substitutivos e dos CAPS, em particular. A internação se torna o último recurso, no processo de cuidado, assim como se propõe uma cisão entre a aplicação terapêutica e a jurídica. Existe um interesse em apresentar a diferença entre internação involuntária e internação compulsória, onde a involuntária, ocorrendo contra a vontade do usuário, a pessoa responsável pela internação é obrigado a prestar contas ao ministério público, a prestar contas do mesmo, informando-o ao Ministério Público, instância convocada pela lei, a avaliar e decidir quanto à pertinência da decisão e os efeitos que provocou no exercício da cidadania do sujeito à mesma submetido, diferente da internação compulsória, em que o

psiquiatra procede à internação, não precisando comunicar a sua execução ao judiciário.

Nessa perspectiva, a clínica do CAPS relatada no documento, apresenta como potência o vínculo construído nesse espaço, em detrimento do tratamento do sofrimento. A noção coletiva e singular dos vínculos faz parte do redesenho das noções de cuidado e das práticas de assistência.

Assim, um remédio tem tanto valor de alívio quanto um simples passeio, ou uma festa, ou ainda, a conquista de condições dignas de vida, a elaboração ou a subjetivação da experiência do sofrimento e a construção de um saber sobre a mesma. (CFP, 2013, p.93)

O Projeto Terapêutico Singular articula a organização dos recursos ofertados pela política, da mesma forma que trazem cada usuário e sua rede de apoio e familiar. O manejo profissional requer, primeiramente, uma noção do contexto histórico dessa atuação e das propostas de trabalho ofertadas nos dispositivos, uma escuta qualificada que esteja alinhada com o pensamento libertário dos princípios da reforma psiquiátrica. Ao mesmo tempo, é importante frisar a necessidade da instrumentalização técnica e teórica para atuação nas políticas públicas, como parte da formação profissional da psicóloga, sendo não apenas responsabilidade das instâncias da discussão curricular, mas também do CFP, enquanto órgão responsável pela formação e orientação, de relacionar os desafios práticos que envolvem as lacunas construídas no encontro com as desigualdades sociais.

No Eixo VI - "Gestão do Trabalho" apresentam-se dificuldades encontradas no espaço de gestão de saúde e a responsabilidade de dialogar com diversos fatores, favoráveis ou não aos movimentos de construção do SUS e das reformas psiquiátrica e sanitária:

Podemos citar inúmeros fatores que interferem na implantação de uma rede de serviços de saúde mental e de saúde geral: Atravessamentos políticos partidários, que revelam que a política de saúde ainda é uma política de governo e não de Estado; As diferentes concepções técnicas e teóricas dos trabalhadores do sistema; Falta efetiva de investimentos financeiros na consolidação do sistema, restringindo o acesso da população; Precarização das condições de trabalho; Pouca participação da sociedade no efetivo controle e fiscalização dos serviços; Falta de qualificação adequada dos profissionais de saúde para atuação no sistema, entre outras. (CFP, 2013, p.108)

A questão da formação profissional aparece como um nó crítico que coloca em risco a eficácia da estratégia da RAPS, por conta da falta de preparo dos

profissionais que chegam na política e recebem uma série de situações para resolver e encaminhar, implicando politicamente o fazer da psicóloga e o manejo da equipe profissional. Em 2004, o Ministério da saúde apresentou como estratégia a Educação Permanente em Saúde como processo capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, para organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre os sistemas de saúde e suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras” (BRASIL, 2004). Ela assume que nenhum curso de formação esgota as necessidades de qualificação para a atuação profissional no SUS e está muito além de treinamentos centrados em teorias e técnicas para o desenvolvimento de habilidades específicas. Reconheço que existe uma necessidade de aprofundar nas discussões teóricas sobre a atuação nesse serviço, porém existem lacunas referentes à atuação, ao ‘como fazer’ e também as questões éticas referentes às práticas de psicólogas em equipe e no manejo do sofrimento de pessoas usuárias desses dispositivos.

Da mesma forma que a eficácia dessa estratégia está em considerar as questões sociais e marcadores sociais de diferença como fatores condicionantes para o funcionamento da estratégia. Se a maioria das usuárias do SUS, assim como dos serviços da RAPS, são mulheres negras, como essas informações não são consideradas de importância na construção de uma referência técnica de atuação nas políticas públicas de saúde mental?

A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena. A invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a qualidade da atenção à saúde, assim como o acesso aos insumos, determinam diferenças importantes nos perfis de adoecimento e morte entre brancos e negros (LOUREIRO; ROZENFELD, 2005; LOPES, 2005a; BATISTA E COL., 2005). (KALCKMANN *et al.*, 2007, p.3)

Um dos fatores que contribuem para a intensificação dessa estrutura, especificamente na rede de saúde mental, é a implicação da incompletude do quesito raça/cor na esfera documental e a carência de estudos sobre prevalências de transtornos mentais. No entanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) informa que a “desproporção entre taxas de internação e taxas de mortalidade em alguns grupos raciais pode significar desigualdades de acesso aos serviços de saúde mental” e, reafirmando o raciocínio, associa o racismo a fatores como ameaças à autoestima,

às desigualdades de oportunidades e à violência, “que podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas” (p. 24).

Na segunda edição da “Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas” lançada em 2019 pelo CFP, o documento propõe fazer atualizações sobre as necessidades da categoria profissional frente a esse cenário. A primeira edição não está disponível no repositório do CREPOP, porém a segunda edição mantém algumas partes do texto da primeira edição que foi lançada em 2013. A referência está dividida em quatro eixos: Eixo I – Dimensão ético-política da atuação da(o) psicóloga(o) na política de álcool e outras drogas; Eixo II – A(O) Psicóloga(o) na Rede Psicossocial e a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas; Eixo III – Desafios para uma prática profissional emancipadora; Eixo IV: Por uma política de drogas com foco no usuário: conhecendo boas práticas do campo.

O documento se propõe a analisar os campos de cuidado do uso de drogas no Brasil e a propor práticas de atuação da psicóloga dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica e das estratégias antimanicomialistas de cuidado. A introdução da primeira edição, escrita pelo Psicólogo e importante líder da luta antimanicomial, Marcus Vinicius de Oliveira - também conhecido como Marcus Matranga - traz ponderações importantes sobre o processo mundial de proibicionismo de algumas drogas e as questões sociais que atravessam as problemáticas enfrentadas pela psicologia:

No pós-abolição e no início da república, diante da opção deliberada em não fazer dos negros a mão de obra assalariada — expressa na deliberação política de “importar” mais de quatro milhões de europeus com vistas a constituir a nascente classe operária brasileira — a condição de abandono social a que foram relegados os ex-escravos e seus descendentes e todos os agravos que possam ser resultantes disto, marcam a associação entre o uso desregrado do álcool, a droga mais popular do Brasil e a condição de uma das mais importantes fontes de vergonha social, a saber: a escravidão e seus efeitos continuados nas mais variadas formas de racismo. (CFP, 2019, p.15)

Aqui se percebe o adoecimento construído em detrimento de uma condição social e existe uma contextualização de quando a figura do drogado ganhou importância na encruzilhada das análises de cunho psicológico e das análises criminológicas. É importante aqui também a forma como os processos históricos são considerados na análise de como o usuário é enxergado atualmente pelas iniciativas pública e privada:

Dos modos como a sociedade brasileira criou para se haver com tal ordem de crueldade herdada do escravismo, a “ideologia do embranquecimento” e o “mito da democracia racial” — duas das mais importantes fontes de produção das matrizes meritocráticas nacionais — pressupõe a possibilidade de que o sujeito possa se afastar de sua origem étnico-racial, a partir da adoção de comportamentos que reneguem aspectos comportamentais, estéticos e morais, que sejam atribuíveis às populações de matriz africana. [...] Assim cabe-nos analisar os processos históricos por meio dos quais se produz e se reproduz a nossa sensibilidade nacional em relação à questão das drogas, a qual, numa fina sintonia entre “opinião pública” e “opinião privada”, traz as marcas de um fantasmagórico “pavor social” em relação ao qual nenhum argumento racional encontra amparo; que traz sempre a marca e a exigência da elevação do tom condenatório — sem o qual se pode parecer suspeito diante do interlocutor — que assume sempre uma perspectiva repressora, autoritária e totalitária, única forma de evitar ser invadido pelo contágio desqualificante do signo da tolerância em relação às mesmas. (CFP, 2019, p.17)

Essa edição traz uma atualização de marcos importantes para a atuação nessas políticas, como a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas incluindo: Hospital Psiquiátrico; Hospital Dia; Comunidades Terapêuticas e Ambulatórios Multiprofissionais, sem definir financiamento, descaracterizando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), até então antimanicomial. Aqui se apresenta um outro desafio, que é a atuação profissional numa perspectiva emancipadora, num cenário cheio de retrocessos para as políticas de saúde mental.

No Eixo I, existe uma contextualização histórica sobre drogas, focando as raízes e motivações do proibicionismo, bem como a criminalização dos hábitos e o controle dos corpos de alguns grupos étnicos, marcados pelo racismo e violência do Estado. E ainda, a medicalização da sociedade; a redução de danos; o protagonismo dos usuários e os marcos legais da construção desta política. No Eixo II, o texto enfoca na atuação da psicóloga neste campo, considerando princípios norteadores da atuação integrada da equipe interprofissional, a partir de uma perspectiva multidisciplinar, guiada pela lógica da clínica ampliada, que opera junto com os diversos pontos da rede de saúde e socioassistencial presentes no território de intervenção.

No Eixo III, pontua-se questões centrais para a reflexão sobre o uso das drogas, um conceito ampliado de saúde e a atuação em rede nessa perspectiva, na construção de um novo lugar profissional. No Eixo VI, apresenta-se alguns programas, iniciativas e organizações de luta por uma sociedade com um sistema de

saúde público e de qualidade e a efetivação de uma política de drogas com foco na participação plena da(o) usuária(o).

Ao decorrer do texto do Eixo I, é perceptível que tanto na contextualização histórica, quanto na discussão no tangente a atuação profissional, uma preocupação em localizar racialmente quem realmente sofre as implicações da política repressiva de combate as drogas, que sempre esteve estritamente seletiva a punir a população negra e grupos politicamente minoritários. Pontua-se também as deficiências do movimento reformistas com relação às questões de uso de álcool e outras drogas - e aqui também pode se refletir uma seletividade sobre qual louco deve ser protagonizado nesse movimento - assim como da ausência de construir estratégias psicossociais para atenção dos usuários (as).

Essa ausência de propostas de atenção em rede, coordenadas pelo modelo psicossocial, também abre precedentes para a atuação das autodenominadas comunidades terapêuticas, que se articulam, em sua maioria, associando assistência médica e religiosa, construindo uma grande problemática para a o cuidado visando a emancipação e autonomia dos sujeitos:

As práticas de cuidado na saúde mental ainda hoje trazem um forte componente que expressa o paradigma da abstinência. O Programa dos Doze Passos, por exemplo, foi desenvolvido pelos grupos de mútua-ajuda Alcoólicos Anônimos (A.A.) e Narcóticos Anônimos (N.A.) e, muitas vezes, são adaptados de modo acrítico para a realidade dos serviços da rede de saúde mental, onde tais práticas integram o leque de ações voltadas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Já nas Comunidades Terapêuticas, a lógica da abstinência e da medicalização é hegemônica e está integrada às estratégias motivacionais e outras práticas ditas terapêuticas, que não estão referenciadas no campo de conhecimento clínico, ético e político produzido pela Psicologia. (CFP, 2019, p.31)

As comunidades terapêuticas funcionam, muitas vezes, sem qualquer regulamentação e em desacordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica e as demais políticas que orientam a atenção em saúde mental e os cuidados com os usuários de álcool e outras drogas. As principais características dessas instituições são a prática de internação prolongada, o isolamento e o forte componente religioso que orienta as suas práticas, além da inexistência de um projeto terapêutico singular, institucional e educacional, que incentive a autonomia e participação das pessoas que se encontram na condição de internos (CFP, 2011, p.2018). De acordo com o Relatório da Quarta Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas

(CFP, 2011), algumas dessas instituições incluem em suas práticas o uso excessivo de psicofármacos, evidenciando a pobreza de outros recursos terapêuticos e clínicos.

A Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde (CSDH) da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que “desigualdades em saúde provêm de padrões de estratificação social...da distribuição sistematicamente desigual do poder, prestígio, e recursos entre grupos da sociedade” (SOLAR; IRWIN, 2010, tradução nossa). O marco teórico dos determinantes sociais de saúde pretende elucidar os processos causais dessa estratificação social em níveis diferentes (do indivíduo, da sociedade) e nas várias dimensões (econômica, social, política) (SOLAR; IRWIN, 2010, p.23).

Os determinantes estruturais incluem o contexto socioeconômico e político. Apesar da dificuldade de operacionalizar essas variáveis para pesquisa, existe ciência que o contexto da sociedade tem um profundo efeito nos padrões da estratificação social, e, portanto, para as diferentes formas de viver e significar saúde. Para (GONZÁLEZ, 2003) os sentidos subjetivos autorizam ao sujeito se observar, se reconhecer em lugar de saber e produtor de verdade, constituindo-se subjetivamente no espaço social cuja heterogeneidade é a composição singular diferenciada que rompe com a dicotomia entre o social e o individual. (BRAH, 2002) destaca que no entendimento das produções subjetivas do sujeito, observa-se a construção simultânea e inter-relacionada aos aspectos da subjetividade nos seus espaços de convivência e onde as instâncias sociais se interseccionam. (XAVIER,2016)

As categorias utilizadas nessa narrativa referem-se aos caminhos que são afetados pelos determinantes estruturais em saúde, e a influência destes fatores no nível individual como comportamento relacionado à saúde e fatores psicológicos. Nesse sentido, é preciso entender a atuação nessa perspectiva a partir de um lugar racializado, ciente que a escuta e as atividades propostas estão localizadas em uma avenida com marcadores organizados com narrativas diferentes, porém trajetórias em comum.

Neste sentido, os terapeutas brasileiros precisam refletir acerca de seus privilégios raciais e como contribuem ou não para manutenção da violência racial, para que possam cuidar de grupos raciais não hegemônicos, assim como desenvolver abordagens culturalmente adequadas a estas populações. (TAVARES; KURATANI, 2019, p.13).

Continuando no diálogo com a Psicologia, a produção acerca dos impactos do racismo na subjetividade das pessoas negras se concentra principalmente na

psicologia social (...) da mesma forma que o campo da psicologia clínica brasileira, não se tem um corpo de conhecimentos, métodos ou estratégias sistematicamente desenvolvidas para o manejo clínico das repercussões do racismo sobre a saúde mental da população negra. (TAVARES; KURATANI, 2019).

Quando, em 2003, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas adota o paradigma da Redução de Danos nas políticas de saúde e socioassistenciais, impulsiona o desenvolvimento de práticas de cuidado articuladas com os dispositivos substitutivos da Reforma Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2003). As práticas de cuidado e atenção integral estavam em nível experimental, contavam com o histórico e atuação dos centro de referência, assim como surgem implementações importantes nos CAPS-AD, nos Consultórios na Rua e em outros dispositivos psicossociais que reforçam a cidadania, a autonomia e os direitos humanos dos usuários atendidos e se articulam com movimentos de mobilidade socioeconômica e garantias de direitos.

Um dos maiores desafios, na atuação com esse grupo específico, está fortemente ligada ao pensamento higienista, que estigmatiza pessoas em situação de vulnerabilidade, dificultando o acesso à saúde, garantia de direitos, bens e serviços. A lógica reducionista que enxerga o uso de álcool e outras drogas pela via da doença e da periculosidade, cria dificuldades para o acolhimento dos usuários, que passam a ser objeto de discriminação, preconceito, exclusão, acionando também as práticas de recolhimento e internação compulsória. Nesse sentido, apesar da contextualização histórica, não existe uma proposta de intervenção, estruturada nas iniquidades causada pelo entrelace das violências do racismo e sexismo no Brasil, mesmo colocando na responsabilidade profissional, uma análise crítica das violações que ocorrem no serviço, o processo de identificação dessas violências, manejo clínico e encaminhamentos, fica a critério de quem está operando o serviço, de suas crenças, valores e noções acerca das situações.

Gênero, enquanto categoria, surge evidenciando as vulnerabilidades que atravessam a população usuária da rede e ao apresentar o aumento exponencial de mulheres encarceradas nos últimos dezesseis anos, em comparação a homens, pontuando as desigualdades de gênero, no que tange ao perfil das mulheres presas por tráfico:

O encarceramento das mulheres cresceu 567% em dezesseis anos, muito superior na comparação com o dos homens.⁶ Segundo dados do Enfolem, de 2016, 62% das mulheres em situação de privação de liberdade foram presas devido à acusação de tráfico de drogas. A professora Luciana Bosteou realizou uma pesquisa na qual constatou que o perfil das mulheres presas por tráfico é composto basicamente por pessoas vulneráveis à seletividade do sistema de justiça criminal, pois é formada, na sua maioria, por jovens de baixa renda, negras (68%) e com pouca escolaridade. (CFP, 2019, p.39)

No Eixo II, o foco está direcionado para a atuação profissional nas equipes de saúde nos CAPS-AD, nos Consultórios na/de Rua, na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Acolhimento (UA), nos Centros de Convivência, além de atuarem nos equipamentos da Assistência Social, nos Projetos de Inclusão Produtiva e de Geração de Trabalho e Renda, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), entre outros dispositivos da rede.

Nesse ponto, apresenta-se o desafio de uma atuação na equipe multiprofissional, norteadas pelo conceito de clínica ampliada que rompe com a lógica do atendimento que reduz o sujeito ao adoecimento psíquico, incapaz de construir ou obter recursos para o cuidado de si, anulando suas experiências e inferiorizando sua trajetória diante do saber médico. Uma das ofertas realizadas para esse modelo é o matriciamento, que se operacionaliza através do Plano Terapêutico Singular, se ancorando nos seguintes pilares : o acolhimento, para estreitamento de vínculos; a escuta, para expressão de vivências e reflexão do usuário sobre o sofrimento e suas causas; o suporte, como continente de sentimentos e potencializador da segurança e do apoderamento do usuário; o esclarecimento, para aumento da informação, ampliação da reflexão, reestruturação do pensamento, com repercussão nos sintomas emocionais e físicos (SILVA, 2014).

Todas essas práticas, precisam ser consideradas funcionais, inseridas no contexto real de como a sociedade se estrutura. Quem chega no serviço, enquanto profissional e enquanto usuária, tem expectativas sobre o encontro clínico. Essas expectativas estão fortemente ligadas a suas realidades e também a finalidade do serviço. O serviço, enquanto dispositivo que visa autonomia e promoção de saúde, necessita preconizar atuações que considerem condições que influenciam na eficácia do trabalho realizado.

As atividades da(o) psicóloga(o) tanto no CRAS, no CAPS, no CR e em toda rede de saúde pública ou privada devem estar voltadas para a atenção e prevenção de situações de risco e vulnerabilidade, assim como para a promoção e o fortalecimento da autonomia dos indivíduos, por meio de ações que propiciem o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. (CFP, 2019, p.64)

É inegável a importância do movimento contra-hegemônico para o funcionamento da RAPS e seus serviços, porém é inviável considerar a funcionalidade desta, na promoção da autonomia e da saúde mental, sem considerá-la, em sua construção, a quem se destina, para quem esse cuidado está sendo construído. Os desafios que envolvem vontades políticas dos responsáveis em direcionar financiamento para as RAPS e também os obstáculos encontrados no trabalho vivo construído pela gestão e trabalhadores da ponta, estão principalmente alicerçados pelas iniquidades produzidas pelos entrelaces históricos, de uma reparação que não foi feita e se repete intergeracionalmente, cujas protagonistas são as mulheres negras.

No Eixo III, se apresentam os desafios para uma prática emancipadora, a contextualização histórica sobre o uso abusivo do álcool e a compreensão das subjetividades - atravessadas pelo mundo físico, biológico e social que nos cerca - construídas em suas singularidades, reconhecendo a si e o mundo. A perspectiva emancipatória proporciona uma reflexão sobre a mutabilidade das subjetividades inseridas num contexto histórico e social, que dá significados e sentidos ao uso de álcool e outras drogas, nas relações durante a vida, fazendo desse evento parte da história do sujeito, e não o todo.

Aqui se tensiona o conceito de normalidade, que classifica subjetividades em patológicas e normais, como uma questão a ser superada para que essa prática funcione sem alimentar a imagem profissional de “cura da anormalidade” ou de construção de “processos de adaptação”.Essa lógica impede que as pessoas inseridas nesse estigma consigam enxergar possibilidades e de realizar movimentos em busca de suas conquistas e desejos, que atribuem humanidade e construção de redes de apoio. Também se encontra como desafio a atuação em interdisciplinaridade, na intersetorialidade, em rede, como uma realidade que precisa ser construída, apesar das deficiências de referenciais teóricos e práticos.

O documento também coloca em evidência a importância da profissional de psicologia na Estratégia de Saúde Mental, de resgatar as diferentes dimensões das

políticas públicas: a dimensão política, associada à sua operacionalização, sob a responsabilidade do poder público; a dimensão social, que implica a participação da população em seu planejamento, execução e controle; e a dimensão subjetiva, que diz respeito à alteridade e singularidade dos sujeitos a que se propõem atingir, e aos aspectos sócio-históricos da produção social do humano (STAMATO, 2008). Partindo dessa concepção, entender o significado social do uso de álcool e outras drogas como parte de um processo histórico coletivo, social e que principalmente é uma questão de saúde pública e responsabilidade da sociedade tirá-la do estigma social de criminoso ou vagabundo, os usuários que estão dentro da seletividade do sistema proibicionista - a população negra em situação de vulnerabilidade, especialmente mulheres negras.

Existe uma necessidade em realizar uma reformulação nas estruturas curriculares dos cursos de Psicologia, de maneira que estes possam ofertar subsídios técnicos e teóricos básicos para a atuação nos serviços.

I – Esta necessidade de reformulação tem suporte nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, aprovadas em 2011, que afirmam que a formação do psicólogo deve favorecer “a compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do país, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão” e o “reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para a compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permita a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico (BRASIL, 2011 *apud* CFP, 2019, p.80).

No documento, essa urgência aparece com relação ao desempenho profissional no que tange nas dimensões técnica, política e ética. A competência técnica relaciona-se ao saber, ao domínio de conteúdos e técnicas referentes à sua função profissional, aliado ao querer, à intencionalidade de sua ação e ao poder, como liberdade de direcionamento do processo. A dimensão ética faz parte da competência profissional, da clareza abrangente e profunda sobre o papel que o profissional desempenha e deve desempenhar na sociedade. E a competência política refere-se à reflexão crítica sobre os valores presentes no comportamento humano em sociedade (RIOS, 2007).

O exercício profissional perpassa também o valor da ação como parte de um processo coletivo de “transformação de realidades” exercendo com coerência o papel que lhe compete no processo de superação do sofrimento psíquico das pessoas

enredadas no uso abusivo de álcool e outras drogas, de forma responsável, colocando a autonomia dos sujeitos como fundamento de todo processo terapêutico.

No Eixo VI, se apresentam os desafios para uma política de drogas como foco no usuário e boas práticas de campo, mostrando o protagonismo dos usuários em alguns movimentos importantes, enquanto representatividade no Brasil e no Exterior. Aqui, frisa-se que não haverá justiça sobre as ações políticas relacionadas a esse público, sem as participações das mesmas. Nenhuma política deverá ser decidida por nenhum representante sem a plena e direta participação dos membros do grupo atingido por essa política. É fundamental pensar que para que essa rede funcione, o SUS precisa estar fortalecido e funcionando, com qualidade para acolher e assistir a população. A precarização dos dispositivos e serviços, intensifica o processo de fragilização de grupos sociais que estão historicamente em vulnerabilidade.

O desmantelamento dessa rede, pela interrupção das ações em campo e a realização de pesquisas, seja pelo descrédito e desconsideração aos conhecimentos científicos e profissionais que sustentam as práticas na rede de atenção psicossocial, nos coloca na rota dos retrocessos que enfatizam o retorno dos hospitais psiquiátricos, o uso de eletrochoques como medida terapêutica, a substituição das alternativas de redução de danos pelas perspectivas de tratamento fundamentadas na abstinência, todas incompatíveis com os valores da reforma psiquiátrica.

O proibicionismo faz parte de um projeto político internacional, com base no controle dos corpos e da intensificação da industrialização, com o aceleração do processo de urbanização, o desenvolvimento da medicina (avanço dos diagnósticos e da farmacologia), bem como o avanço do Estado por meio de seu aparato jurídico e policial, governos e medicina, passam a constituir instância de controle da produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas.

A chamada Lei de Drogas - Lei nº11.343, de 2006, foi reconhecida por contribuir para diferenciar o uso de drogas pessoal e porte para fins de distribuição. Contudo, na prática continua-se criminalizando determinados grupos de usuários de substâncias psicoativas - pobres e negros, sem se importar com culpados e inocentes, uma vez que a abordagem policial é o único mecanismo de investidas contra o tráfico que ocorre principalmente nas periferias (FIORI, 2012). Diante disso, outra situação é posta: não existe na lei uma quantidade máxima para o porte de drogas para uso pessoal, levando em consideração características muito subjetivas dessa abordagem. Sobretudo, direcionadas pelo racismo estrutural o muitas vezes

leva a apreensão de usuários como traficantes (BRASIL, 2006). A guerra às drogas, que na verdade é uma guerra à população negra, se tornou uma ferramenta de manutenção da segregação racial e da atuação seletiva das instituições judiciais e de segurança, pois impulsiona o encarceramento da população negra e mantém estes oprimidos e estigmatizados.

4.2 REDES DE RESISTÊNCIA E APOIO - NARRATIVAS GENDRADAS ANTIRRACISTAS DE LIBERDADE.

A luta antimanicomial, o movimento antiproibicionista e o movimento feminista se encontram em diversos objetivos, principalmente entendendo que as mulheres são maioria entre usuárias e profissionais de saúde, compreendendo que o fim dos manicômios são pontos fundamentais para uma sociedade onde as opressões de gênero e raça sejam combatidas e a liberdade e autonomia sejam basilares para que todos possam exercer cidadania. Fica evidente, ao visitar os escritos sobre a Reforma Psiquiátrica, a invisibilização do protagonismo de mulheres na construção desse movimento e a produção científica voltada para saúde mental construída nesse contexto não traz percepções gendradas, para que possamos observar os impactos da reforma na vida de homens e mulheres, contribuindo para o silenciamento de uma parte da história.

A guerra às drogas também trouxe reflexos na vida das mulheres negras, visto que há um aumento significativo de mulheres negras e periféricas presas por tráfico de drogas, de acordo com os dados do Infopen Mulheres (2018). Segundo dados levantados pelo Instituto Terra Trabalho e Cidadania (ITTC) “a maioria das mulheres encarceradas possuem um perfil parecido: baixa escolaridade, vive em condições de pobreza e é responsável pelos cuidados de filhos, filhas, jovens, pessoas idosas ou com deficiência. O envolvimento com o tráfico de drogas surge grandemente como uma forma de geração de renda. Nesse sentido, criminalizar duramente os empregos de pior remuneração dentro do tráfico de drogas é uma opção marcada por uma discriminação de gênero, pois são esses os empregos de que muitas mulheres dependem para a manutenção de suas famílias.”

Apesar de haverem clássicos no Brasil que se voltaram para a temática (Maria Clementina Cunha, 1989; Magali Engel, 2001), essas produções pouco dialogam com as experiências das mulheres negras no Brasil. O assunto vem tomando força,

principalmente sendo pautado como necessidade entre os movimentos sociais, entendendo que essas questões são inegociáveis para a construção de uma sociedade onde todos possamos exercer a cidadania de forma digna. Passos (2017) afirma que os estudos feministas e a reforma psiquiátrica têm diversos pontos em comuns, como a dominação burguesa e patriarcal sobre as mulheres, a partir da medicalização e institucionalização, que encontra espaço para exercer poder sobre os corpos na lógica manicomial.

O pensamento eugenista construiu na psiquiatria um espaço para a construção de aspectos sócio-normativos que caracterizavam gênero e sexualidade, que foram defendidos como critérios da normalidade. A família, enquanto conceito construído pela Igreja Católica que deu subsídios para alimentar uma noção de nação baseada nos princípios de como a sociedade deveria ser, para evitar a degeneração, entendendo o comportamento materno como base importante para o combate de males sociais. O discurso médico se apossou desse ideal familiar, onde a mulher é uma figura santa e limpa e revestiu de caráter científico, pretendendo a formação de uma raça hígida para o progresso do país. A esposa era caracterizada de forma mítica, de forma assexuada, sendo incorporado ao discurso médico por grande influência positivista (PRIORE, 1990), ligando essas características a muitos mitos do catolicismo, valorizando uma identificação com a virgem-mãe, considerado o modelo da perfeição, sendo fundamental para a construção da “Religião da Humanidade” (ALMEIDA, 1993). A religião da humanidade é uma teoria ligada ao culto a Maria, pelo fato dela ser humana, ao contrário do culto ao cristo redentor que era filho de deus, a partir do cristianismo. Essa noção trazia o valor que a mulher não era divina e tinha sido apenas fecundada pelo homem, este que não podia ser afastado da nação, da família, da pátria e logo, essa mulher seria santificada através da maternidade.

No início do século XIX, a psiquiatria e outras disciplinas, como a ginecologia, obstetrícia e a endocrinologia, construíram uma categoria chamada *O orgânico louco das mulheres*, considerando uma condição biológica das mulheres que justificaria e naturalizaria desordens, especialmente emocionais, como femininas. Essa categoria foi tema também da psicanálise, sociologia, antropologia, que contribuíram para a hierarquização de diferenças entre homens e mulheres (MATHIEU, 2009, p.34). Nesse mesmo paradigma, dialogando com os conceitos higienistas, se afirma a noção de inferioridade biológica das mulheres negras (ROHDEN, 2001, p.66). Intervenções cirúrgicas e morais, baseadas cientificamente, autorizaram a retirada de cérebros,

úteros, ovários, clitóris de mulheres institucionalizadas em hospitais psiquiátricos no Brasil no início do século XX, visando a cura de transtornos mentais, uso abusivo de álcool e outras drogas, comportamentos considerados patológicos desviantes como anarquismo, prostituição e lésbicanidade. As mulheres negras protagonizam esse cenário, em relatos médicos e documentos acadêmicos sobre essas cirurgias (ROHDEN, 2001; CUNHA, 1989) reforçando o estereótipo da mulher negra com perversão sexual e a desordem mental (MARTINS, 2004, p.73)

Os estudos de gênero sobre essa época, pouco falam sobre as mulheres negras nesse período, as condições de vida e as oportunidades de mobilidade socioeconômicas, reafirmando a condição de desumanidade proposta para a população negra como um todo. Esse ponto é fundamental, pois nas discussões sobre saúde mental e emancipação das mulheres frente ao pensamento manicomialista, as mulheres negras protagonizam as vítimas desse cenário, enquanto institucionalizadas e sendo força de trabalho nos primeiros hospícios brasileiros. A manutenção da lógica manicomial se estruturou no racismo, sexismo e exploração do trabalho feminino, elementos encontrados nos alicerces da formação das identidades e subjetividades brasileiras (RIBEIRO, 2016; BERTIN, 2010).

Entendendo que a Reforma Psiquiátrica apesar de ser uma proposta emancipadora, se apoia no trabalho precário feminino para prosseguir, nos encontramos com os fatos de desvalorização do trabalho de mulheres negras, usando como exemplo as reformas trabalhistas aprovadas em 2019, que autorizam férias fracionadas, aumento das jornadas de trabalho e a 'negociação' do tempo de descanso, as jornadas intermitentes e a desobrigação de referenciar a remuneração no piso salarial da categoria. A mudança no modelo assistencial que vem acontecendo nas parcerias pública-privadas, organizações filantrópicas e sociais, mesmo incipientes e insuficientes para preencher as lacunas das dificuldades enfrentadas pela RAPS em sua eficácia, são importantes para a transformação da realidade das mulheres negras.

Os movimentos feministas e antimanicomial se encontram em alguns aspectos, como as influências que receberam das experiências de mobilizações de grupos e coletivos nos países da Europa e nos Estados Unidos no século XX e a forma como no contexto brasileiro pós-ditadura militar, características de luta contra o modelo hegemônico neoliberal e de reivindicação contra as violentas práticas físicas e psicológicas na busca por outras formas de participação social e política, engajada

na conquista de direitos e no exercício da cidadania (PEREIRA; PASSOS, 2017). Estes movimentos objetivam novas formas de relacionamento social, livre das tutelas impostas pela dominação masculina em âmbito patriarcal (TIBURI, 2018, p.22) e liberto das amarras do saber-poder psiquiátrico que impõe o isolamento social em hospitais psiquiátricos (YASUI, 2010, p.22).

A luta antimanicomial encontra convergências de diálogo com o feminismo ao propor um projeto de desinstitucionalização da psiquiatria e, fundamentado no pensamento basagliano, problematizava diversos tipos de opressão existentes na sociedade, em especial a de raça, etnia, classe e a discriminação contra as mulheres (PEREIRA; PASSOS, 2017, p.18). O feminismo como movimento que se posiciona no combate à da dominação burguesa e patriarcal sobre as mulheres a partir da medicalização e institucionalização de corpos, encontra campo de diálogo na luta antimanicomial ferramentas para combater os saberes e práticas construídas nessa lógica manicomial. Segundo Zanello (2018, p.23), o aparato manicomial sempre foi utilizado também para reprimir, normalizar e excluir as diferenças de gênero. Mais especificamente, no início do século XX, quando o movimento feminista dava os primeiros passos, as mulheres começavam a entrar nas universidades e na política, a insurgência feminina foi vista como uma ameaça à ordem social estabelecida e houve diferentes tentativas de repressão para controlar uma suposta “crise da família” (SARDETO; FERRAZZA; BARZAGHI, 2021).

No âmbito da emancipação, o movimento feminista caminha para a conscientização sobre o sexismo institucionalizado, disseminando discursos e práticas sobre a igualdade de gênero nas redes sociais, televisão, literatura, rádio, cinema, o que poderá culminar na constituição de novas subjetividades feministas (RAGO, 2019p.21). Em consonância, a luta antimanicomial ainda não conseguiu romper as estruturas manicomiais que atravessam a construção dos saberes, práticas e a cultura do manicômio presente em como as instituições olham para os corpos ditos dissidentes.

Em tempos sombrios, retrocessos no campo da saúde mental marcam a contrarreforma com a aprovação de legislações que preveem a contratação de 12 mil leitos em comunidades terapêuticas, o financiamento para a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, a retomada da possibilidade de internação de crianças e adolescentes e a retirada do termo rede substitutiva à internação manicomial para seu incentivo e valorização, entre outros aspectos (FERRAZZA; ROCHA, 2020). E

nesse sentido, os principais alvos desse retrocesso são as mulheres negras, principais usuárias e trabalhadoras do SUS. Para que haja justiça, nas dinâmicas do avanço desses movimentos, é necessário que essa caminhada seja estruturada principalmente pela luta antirracista.

O feminismo antiproibicionista e a luta por uma nova política de drogas são movimentos que se encontram na promoção de saúde e autonomia das pessoas. Poderia pontuar aqui, que em tempos de conservadorismo, onde o caráter repressivo se intensifica para manter a estrutura social vigente, porém para a população negra, a lógica de vida sempre foi na sobrevivência, frente às investidas genocidas institucionalizadas pelo estado.

A precarização e a divisão sexual do trabalho é um dos pontos propulsores para a discussão do feminismo antiproibicionista. Sueli Carneiro (2003, p.12), pontua em relação ao mercado de trabalho ainda não foi possível abolir as desigualdades raciais, existindo ainda grande distância entre negros e brancos e que adquire maior proporção quando se acrescenta o quesito gênero e classe. A divisão sexual e racial do trabalho se inscreve nas formas ilegais de trabalho, as respostas para a omissão do estado frente às desigualdades estruturais. Nessa conjuntura, homens negros protagonizam os índices de genocídio da população negra e as mulheres protagonizam o encarceramento e penalização, segundo o INFOPEN MULHERES (2018).

Nesse movimento, é importante datar a construção de uma Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA), que surgiu após o I Encontro Nacional de Coletivos Antiproibicionistas (ENCAA) de 2016 no Recife, momento onde foi possível reunir diversas ativistas do Brasil. Instigadas em pensar novos modos de encontrar soluções que incluíssem as particularidades da realidade da mulher no Brasil, essas mulheres, cis ou trans, uniram-se e formaram a Rede. e conta atualmente com a representação de mulheres ativistas em 13 estados do país: Distrito Federal, Pernambuco, Bahia, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Alagoas, Paraíba, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Sergipe.

As mulheres que compõem a rede têm o perfil dos grupos afetados pela guerra às drogas, somos mulheres cis e trans, negras, jovens, periféricas, usuárias de drogas, profissionais do sexo, moradoras de rua, pesquisadoras ou ativistas, com atuações diversas na luta pela reforma da política de drogas a partir da perspectiva dos Direitos Humanos e da Justiça Social. A atuação é construída dentro dos

movimentos sociais de luta pelo direito à cidade, nos Serviços Públicos de saúde e assistência, no trabalho com mulheres privadas de liberdade e em situação de rua, estamos produzindo conhecimento na academia e comunicação, somos ativistas na luta feminista, e em outros campos fundamentais para garantia dos direitos das mulheres em situação de vulnerabilidade.

A rede considera o grupo de mulheres encarceradas como um dos prioritários para atuação pela garantia de direitos. Incide no sistema prisional por meio de atividades nos presídios de São Paulo, Recife e Salvador, visando o fortalecimento da cidadania das mulheres encarceradas e do bem viver, além da distribuição de materiais de higiene. Os temas abordados nas atividades são: direitos sexuais e reprodutivos, racismo, maternidade, redução de danos. A perspectiva do feminismo antiproibicionista, portanto, é compreender o fortalecimento e empoderamento das mulheres na sua relação no trato com as drogas, que orientado por um contexto opressor torna necessário construir mecanismos de auto cuidado individual e coletivo de proteção e fortalecimento pessoal, com o intuito de assegurar a maximização do prazer e a minimização de riscos e danos.

Nesse sentido é fundamental pontuar a insurgência de uma psicologia antirracista e aqui apresento uma iniciativa que me sinto muito honrada de ser uma das fundadoras e atualmente construir essa práticas com outras psicólogas negras que acreditam num fazer possível e voltado para as subjetividades da população negra brasileira - A Rede Dandaras: Saúde da mulher negra é uma iniciativa que busca a atuação em psicologia estruturada pela ótica antirracista, visando o combate às opressões estruturais como a misoginia, transfobia, gordofobia e outros marcadores de violência que atravessam subjetividades não normativas. Acreditamos que olhar para promoção de saúde mental da população brasileira é considerar essas lentes como fundamento analítico de qualquer abordagem clínica.

Souza (1983 p.6) afirma, em sua obra "Tornar-se Negro", que o processo de tornar-se negro é uma conquista e ciente que seguimos os passos de mulheres negras que já movimentavam a psicologia para a discussão racial, surge em 2016 a Rede Dandaras. Criada pelas psicólogas Laura Augusta e Tainã Vieira, com o objetivo de construir um espaço de acolhimento e afeto dentro da instituição em que estavam se graduando. No decorrer do tempo, o projeto ganhou força, reverberando em diversas atividades voltadas para a popularização da discussão sobre saúde mental da população negra, quem é a(o) psicóloga(o) e qual a sua atuação dentro da

comunidade negra, assim como dialogar dentro da atuação clínica as demandas do nosso povo.

A Rede Dandaras se organiza em ações na modalidade remota e presencial através das redes sociais e meios de comunicação, assim como nas parcerias com instituições que buscam promover saúde para a população negra e, especialmente, mulheres. Neste momento, a Rede Dandaras é formada por onze mulheres negras psicólogas e estudantes de psicologia que contribuem diretamente para que o conhecimento circule entre nós, auxiliando na atuação da psicologia como promotora de saúde para a população negra. Aquilombamos, pois esse é um recurso ancestral que estabelece autocuidado e espaços de afeto e escuta coletiva; aquilombar é se organizar a despeito de uma realidade opressora a fim de fortalecer laços, memórias e enfrentamentos para uma mudança da atual realidade.

Aquilombar é a ação concreta de fazer redes. É por meio desse propósito que a Rede Dandaras atua e se fortalece para que outras redes de cuidado surjam em prol da saúde mental da população negra. Sankofa como movimento de retorno, adinkra ashanti que significa "volte e pegue", nos convida a pensar que não podemos construir o futuro, distantes do aqui e agora, sem as referências que o passado nos oferta. Somos os passos continuados das mulheres negras que traçaram caminhos de promoção de saúde e lustraram sonhos de emancipação e dignidade para a população negra.

5 SAÚDE MENTAL DE MULHERES NEGRAS E OS RETROCESSOS EM DESGOVERNO PANDÊMICO - POLÍTICAS DE MORTE E CEMITÉRIO A CÉU ABERTO.

“Morremos nós, apesar de que a gente combinamos de não morrer. A Morte às vezes tem um gosto de gozo? Ou o Gozo tem gosto de morte?” (EVARISTO, Conceição. Olhos d’água, 2016, p.99)

No livro “Olhos d’água”, a escritora Conceição Evaristo escreve um conto chamado “A gente combinamos de não morrer”. Nele, ela descreve que: “A morte incendeia a vida, como se estopa fosse.” A morte, aqui, física e simbólica, sempre esteve presente no cotidiano da população negra como memória do processo histórico que estamos inseridos, assim como descreve esse conto. As múltiplas perdas que envolvem a experiência de ser uma mulher negra no Brasil nos colocam frente a hiperexposição à morte, a impossibilidade de viver plenamente os processos de luto e a gravidade dos efeitos do racismo sobre nossa saúde (TAVARES, 2020, p.2), apresentando aqui as condições de vida em que as subjetividades negras são construídas.

Antes de narrar as catástrofes que estamos inseridas, esse capítulo objetiva apresentar as condições políticas e sanitárias vivenciadas no tempo em que essa dissertação é construída, os dados levantados sobre saúde das mulheres negras e os desafios encontrados para uma atuação em psicologia no enfrentamento às opressões estruturais e a intensificação de vulnerabilidades no processo da pandemia. No que tange às tentativas de nos mantermos vivas, assim como escrever nossas histórias, é visível uma insuficiência epistêmica dentro das discussões feministas (des)racializadas, em que as experiências de vida fora do modelo central e universal de vida humana, a branquitude são anuladas ou compreendidas como minoria. Como lembra Sueli Carneiro (2003, p.5) ao afirmar que nós, mulheres negras tivemos uma experiência histórica diferenciada, que o discurso clássico sobre a opressão da mulher não tem reconhecido, assim como não tem dado conta da diferença qualitativa que o efeito da opressão sofrida teve e ainda tem na identidade feminina das mulheres negras.

Em uma dimensão estrutural, historicamente as mulheres negras são submetidas a uma série de violências que condicionam o acesso aos direitos básicos, bens e serviços, assim como o bem viver em sociedade. Fazendo a conta, segundo dados apresentados em 2020 pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), as mulheres

negras são as mais afetadas pela pandemia do COVID-19 e nesse cenário, os casos de mortalidade materna para mulheres negras por Covid-19 são duas vezes maiores que a de mulheres brancas. Segundo o Atlas da violência de 2020, em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras caiu 11,7%, a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%, segundo dados do Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada).

Apesar da Lei Maria da Penha (Lei 11.340) ter sido sancionada em 2006, com o objetivo de combater a violência de gênero, as mulheres negras continuam sendo protagonistas do ciclo de violência doméstica e dos índices de feminicídio no Brasil. No que tange o acesso ao serviço de saúde pública, as mulheres negras encontram dificuldades no acesso e sofrem os impactos das violências institucionais, no uso do serviço. A violência psicológica que atravessa esses corpos nas tentativas de exercer a cidadania, estão ligadas aos processos de miscigenação e perpetuação da ideologia de branqueamento, que ao se posicionar dentro de uma normativa generalista que beneficia a população não negra, gera práticas racistas e sexistas que estruturam os serviços.

Em 2001, o documento “Nós, mulheres negras”: diagnósticos e propostas (Articulação Nacional de ONGs de Mulheres Negras, 2001) apresentou uma série de dados acerca das condições de vida das mulheres negras no Brasil. As condições mais inóspitas de habitação, na vida urbana e rural, a carência de políticas públicas para o exercício da cidadania, como o acesso a saneamento básico, à educação, à saúde que ocorria em péssimas condições, a alocação em trabalhos que se assemelham à escravidão com renda irrisória, incapaz de suprir a manutenção de necessidades básicas e somando a essa celeuma de violências, as diversas práticas racistas que estão fincadas nos fundamentos da sociedade brasileira, contribuem para manutenção e agravos de adoecimentos físicos e psicológicos para a população negra e especialmente mulheres.

Os impactos do racismo na saúde da pessoa negra afetam de diversas formas corpo e mente. Frantz Fanon (1952; 2008) argumentou que o racismo ocidental penetra as estruturas psíquicas do homem moderno, de forma que opressor e oprimido terminam regidos pelo mesmo sistema de recalque e repressão. Silva (2005) afirma que a grande maioria da população negra vive em incessante sofrimento mental devido, por um lado, às condições de vida precárias atuais e, por outro, à impossibilidade de mobilidade social em vislumbrar um futuro diferente das condições

do presente. O acesso da população negra aos serviços de saúde é organizado pelo racismo estrutural que condiciona, para além da entrada nos serviços, a permanência e continuidade de tratamentos.

5.1 PANDEMIA, CRISE SÓCIO-ECONÔMICA E RETROCESSOS NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E EM SALVADOR.

Em março de 2020, o ministério da saúde publicou uma Nota Técnica com recomendações voltadas à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para organização dos serviços de saúde mental em decorrência da infecção da COVID 19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Segundo a nota, a situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) exige esforços de toda a RAPS para o emprego urgente de medidas de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. Também demanda cuidados especiais na atenção psicossocial, devido ao potencial agravamento de crises e sofrimentos psíquicos na população.

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos. Raramente, os coronavírus que infectam animais podem infectar pessoas. A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves. Os primeiros casos da COVID-19, foram registrados em dezembro de 2019, em um hospital de Wuhan, na China. As vítimas seriam frequentadores de um mercado atacadista de animais. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde relata 44 casos de “pneumonia de causa desconhecida” em Wuhan/China, logo após isso é divulgado o código genético do novo coronavírus. No dia 28 de janeiro de 2020, a OMS se pronuncia referente ao alto risco de epidemia no mundo.

Em fevereiro de 2020, o primeiro caso de coronavírus confirmado no Brasil, de um homem branco, que viajou à Itália e deu entrada no hospital com os sintomas da COVID-19. Em seguida, os casos suspeitos sobem para 132. O primeiro óbito foi uma mulher negra, empregada doméstica de 57 anos no Rio de Janeiro e este fato demarca as relações de trabalho e assistência em saúde dentro das dinâmicas de gênero e raça. Em março, se registra pela primeira vez a transmissão interna no país. A expansão da pandemia acarretou em medidas de combate e controle da

disseminação do vírus, como a obrigatoriedade do uso de máscaras, o incentivo ao uso de álcool em gel e da higiene das mãos, assim também como restrições de aglomeração, fechamento dos comércios e políticas de *lockdown*. Um dos primeiros óbitos no Brasil foi de uma empregada doméstica de 57 anos em São Paulo Segundo documento da ONU Mulheres, até 13 de outubro de 2020, foram confirmados 5.113.628 casos acumulados de COVID-19 e 150.998 mortes no Brasil. Entre os casos identificados, a COVID-19 se mostra mais mortal entre pessoas negras (pretas e pardas, segundo categorias utilizadas pelo IBGE e pelo Sistema Único de Saúde).

Nesse sentido, chamo aqui a atenção para o aumento dos números de mortes, a sobrecarga nos serviços de saúde, a intensificação das violações de direitos e da violência do estado no contexto de pandemia da COVID-19, precarizando as condições de vida e agravando sofrimentos psíquicos para a população negra. Os obstáculos para acessar bens e serviços, juntamente com o grande impacto econômico na vida de microempreendedores, autônomos, profissionais liberais, profissionais terceirizados, etc, retoma a experiência da sobrevivência, sendo bem diferente do exercício da cidadania. Entre expor o corpo ao vírus para trabalhar e expor famílias à fome, pobreza extrema, falta de insumos básicos, a decisão sempre é um suplício, autorizado por decisões políticas que escolhem os corpos que tombam e os que são protegidos.

O Brasil, que já experimentava uma crise em diversas dimensões, enfrenta um cenário que pede respostas e projetos assistenciais urgentes, em que o cumprimento das regras de higiene sanitárias recomendadas por especialistas esbarra na alta desigualdade social do Brasil, que cobra sua fatura nesta que é a maior crise sanitária e econômica do último século. Os dados disponíveis indicam que as/os afrodescendentes são mais dependentes dos serviços públicos de saúde. 20,1% das pessoas pardas, e 21,4% das pessoas pretas possuem algum plano de saúde, médico ou odontológico, em comparação a 38,8% das pessoas brancas. Um boletim do Ministério da Saúde mostra que, tanto para os casos de síndrome respiratória aguda grave (SARS) provocada pelo COVID-19, quanto para os óbitos em decorrência da doença, as pessoas negras (combinando categorias de raça/ cor “parda” e “preta”) são as mais atingidas.

Apesar dos escassos estudos a respeito da saúde mental da população negra no Brasil tem-se verificado que a opressão racial e de gênero são agentes determinantes no desenvolvimento dos processos de saúde/doença, ou das

chamadas doenças raciais-étnicas¹ (OLIVEIRA,1994). No acirramento de construção de estratégias de promoção de saúde, é evidente que a saúde mental de mulheres negras é afetada pelo cerceamento das violações diárias de direitos e dos obstáculos cada vez maiores no acesso a alimentação de qualidade, insumos básicos para a sobrevivência com o aumento dos preços dos itens para cesta básica, gás de cozinha e outros fundamentos para seguir de pé e alimentadas em busca de melhores condições de vida. Cabe lembrar que as mulheres negras sustentam famílias negras. Segundo pesquisa da "Síntese de Indicadores Sociais" realizada pelo IBGE, que é uma "Análise das Condições de Vida da População Brasileira", que revela que 63% das casas chefiadas por mulheres negras no Brasil vivem abaixo da linha da pobreza.¹⁷

A dignidade de ser pessoa, um dos princípios fundamentais da constituição vigente, assim como os direitos fundamentais que concernem a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, se aplicam de diferentes formas para a população negra e especialmente para as mulheres negras. Um dos exemplos da ineficácia desses princípios, é a Emenda Constitucional n. 95/2016, ou a chamada "PEC da saúde", que institui um novo regime fiscal que reduz investimentos na saúde e educação, caminhando paralelamente ao movimento de privatização da saúde e do ensino, ou seja, 80% da população negra dependente exclusivamente do SUS fica desassistida.

Implicando na efetividade dessas políticas e colocando-as como participantes de um projeto necropolítico de sociedade, fazendo menção ao pensamento do filósofo e historiador Achille Mbembe, que questiona os limites da soberania quando o estado decide quem deve viver e quem deve morrer. Entender que a população negra, sendo maioria populacional e fazendo parte de uma história de sequestro, tráfico e escravização que atravessa as subjetividades de diversas formas, não é reconhecida como maioria populacional e não é considerada como referência na construção de documentos oficiais, é afirmar que o estado já decidiu quem recebe cuidado e quem fica desassistido e isso não é um episódio específico ou fenômeno que foge à regra, isso é a regra. A relação entre tais políticas de morte (MBEMBE, 2016, p.22) e a intensificação do sofrimento psíquico dos brasileiros na pandemia é um aspecto de

¹⁷ Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2019.

singularidade que nos toca e um dos efeitos produzidos pela atual conjuntura política do país.

Essas questões atravessam fortemente as possibilidades de isolamento social e do acesso aos itens de higiene básica para o enfrentamento a COVID-19, pois essas pessoas estão nas condições de encarceradas (61,7%), em situação de rua (67%), em trabalho informal (47,3%) ou executando serviços de baixa remuneração (75% dos que têm o rendimento mais baixo) e vivendo sem abastecimento de água por rede geral (17,9%, contra 11,5% da população branca). A exposição continuada e os quadros clínicos prévios elevam o risco de contaminação e morte por Covid-19 (54,8% dos que morreram nos hospitais) ou síndrome respiratória aguda, cujo risco 2,5 vezes maior que entre brancos.(TAVARES, 2020, p.3) As políticas de morte (MBEMBE, 2016) que atravessam esses corpos, junto as perdas consecutivas de referências, pessoas queridas e familiares, as mensagens explícitas promovidas pela conjuntura política de desvalorização da vida dos brasileiros, a sensação de insegurança com a conjuntura política que não garante estratégias de imunização e cuidado coletivo para toda a população, produz intenso sofrimento psíquico na busca de se localizar nessa história novamente e processar essa realidade de desproteção social, especialmente para grupos sociais em vulnerabilidade.

O acesso aos serviços de saúde mental na pandemia também foi cerceado na pandemia. Em Salvador, lugar de onde escrevo essa dissertação para o mundo, o território é dividido em doze distritos sanitários e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador é composta por uma Diretoria de Atenção à Saúde e uma Coordenação de Atenção à Saúde Psicossocial. A cidade tem cerca de 2 872 347 habitantes, é segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), do IBGE, a capital mais negra do Brasil, protagonizando 82% de seus habitantes, também colocando a cidade no topo do pódio de desigualdade salarial, violência policial contra jovens negros e feminicídio. Em agosto de 2020, a SMS divulgou uma nota sobre a atuação da RAPS no período da pandemia da COVID-19. A nota técnica nº02/2020 objetiva comunicar as mudanças do cenário de acompanhamentos presenciais e a inclusão do teleatendimento como ferramenta utilizada pelos Profissionais de Atendimento Integrado lotados no CAPS, que irão utilizar o telefone da unidade para estabelecer contato com os usuários matriculados, seus familiares, pessoas que possuam vínculo com o usuário e que por ventura

exercem função de suporte ou cuidado direto/indireto ao referido usuário. Por meio deste dispositivo, o Profissional oferecerá escuta e orientações, respeitando as limitações que o dispositivo possui, considerando as orientações que se seguem em dos aportes dimensionais: monitoramento da COVID-19 e monitoramento psicossocial.(Secretaria Municipal de Saúde, 2020).

Os serviços especializados sofrem um recuo dentro do manejo crítico de insumos e recursos de urgência para as unidades de tratamento da Covid-19, gripários e hospitais de campanha. Nesse sentido, pensando que apenas o acolhimento presencial em caráter emergencial se manteve, o acesso ao serviço foi mediado pelo teleatendimento, restringindo o acolhimento para quem não tinha acesso a esse dispositivo, internet de qualidade e rede de apoio que desse suporte a esses manejos. Algumas parcerias de capacitação foram feitas, como uma parceria entre as coordenações de CAPS em Salvador e o Serviço de Psicologia da Universidade Federal da Bahia que promoveu encontros entre os trabalhadores da saúde mental interessados em discussões com sobre o manejo nesse momento de crise, trazendo a tona um trabalho de sensibilização e acolhimento com essa orientação, sobre diversos temas.

A orientação feita através da Nota técnica, instrui profissionais a iniciarem os teleatendimentos pelos casos complexos, com ênfase nos usuários com intensa desorganização psíquica, recorrentes internações psiquiátricas, frágeis ou ausência de vínculos familiares, sem rede de suporte social e com risco de suicídio. Não excluindo o avanço nos contatos aos usuários de menor complexidade, matriculados no Serviço. Segundo a Nota, as diversas ferramentas tecnológicas vêm se firmando como importantes aliadas, mas que fogem um pouco da realidade da maioria dos nossos usuários. O telefone, por ser um dispositivo mais acessível, mostra-se como uma possibilidade de maior alcance. (SMS, 2020)

5.2 NAZI-FASCISMO VIRAL E SOBREVIVÊNCIA EM TEMPOS DE GOLPE.

A pandemia chega ao Brasil no meio do governo do presidente Jair Messias Bolsonaro, filiado ao Partido Social Liberal (PSL) até 2019 e atualmente sem partido. O presidente, que é capitão reformado, tem uma carreira política extensa e familiares com carreiras semelhantes conectadas a um pensamento ideológico de supremacia branco-cristã. Em sua carreira política, defendeu a redução da maioria penal - que

é uma ferramenta fundamental para o genocídio da população negra, o direito à legítima defesa e a posse de arma de fogo para cidadãos sem antecedentes criminais. Também atuou em favor de medidas para garantir a segurança jurídica das ações policiais - legitimando os autos de resistências e todas as movimentações políticas que conferem um ar de supremacia militar, lembrando as motivações da ditadura militar de 1964 que conduziu o Brasil a um golpe de estado. É o idealizador de uma proposta para tornar obrigatório o voto impresso no Brasil, medida que ele acredita que contribuirá para a realização de eleições mais confiáveis e passíveis de auditoria e destaca-se na defesa dos valores cristãos e da “família tradicional brasileira”, que fomenta o acirramento de uma série de retrocessos especialmente nas vidas das mulheres negras e das pessoas LGBTQIA+ desse país.

O movimento bolsonarista, construído pelos seus seguidores - políticos, lideranças religiosas neopentecostais, militares e civis - se assemelha ao nazismo e ao fascismo em algumas características. A ideia de construir um estado anticorrupção a partir de um movimento militar, alegando que economicamente o país segue em declínio. Um fortalecimento de um discurso meritocrático sobre a sociedade brasileira, em que as pessoas têm oportunidades iguais de acesso à mobilidade socioeconômica e se destacam por esforço ou merecimento e uma fixação pela figura do oponente político, construindo um discurso onde essa figura seria responsável por todos os males e problemas políticos e históricos do país. O discurso desse movimento, espelhado na figura de Jair Bolsonaro, reflete nas crenças da população brasileira sobre si e a projeção feita sobre o Brasil. Uma única oportunidade de expressar, de maneira autorizada, seus discursos preconceituosos, racistas, homofóbicos, com a prerrogativa da crença que todos esses ódios congregados elegem a figura que irá limpar o país de tudo que é considerado “sujo” e que conduz as pessoas a um nacionalismo perverso, construído pela divulgação de informações falsas “*Fake News*”, desestabilizando a relação que a população tinha com os canais oficiais de informação, fazendo das redes sociais um espaço “oficial” de porta-voz de seus valores e das ordens de seu comandante.

O slogan de sua campanha “ Brasil acima de tudo, Deus acima de todos” revela o ideal nacionalista que se constrói e a quem se destina esse discurso. O conservadorismo assume um espaço enorme nessa dinâmica política e algumas falas públicas deste presidente representam o momento político atual: “Conosco não haverá essa politicagem de direitos humanos. Essa bandidada vai morrer porque não

enviaremos recursos da União para eles".¹⁸ ;"Nós não podemos escancarar as portas do Brasil para tudo quanto é tipo de gente. Isso vai virar a casa da mãe Joana".¹⁹ e por fim, a fala direcionada à deputada Maria do Rosário (Partido dos Trabalhadores) em 2003, nos corredores da câmara dos deputados, "Jamais iria estuprar você, porque você não merece". O nível de sexismo e racismo contido nessas falas, colocam os direitos de todas as pessoas em vulnerabilidade em risco, autorizando uma aniquilação subjetiva dessas existências.

Desde o início da pandemia, Bolsonaro se posicionava contra as orientações da OMS, se opondo ao isolamento social, rejeitando o uso da máscara, questionando a eficácia das vacinas, defendendo tratamentos alternativos que não são legitimados pelas pesquisas científicas de combate ao vírus e disseminando informações falsas sobre esse momento do país. Com o aumento de mortes, insumos para manter os hospitais e uma crise mercadológica absurda, o presidente diminui a relevância dos acontecimentos, entrando em um estado de negação dos fatos ocorridos, oficializando o momento político como um governo de morte - que conduz seu povo para uma morte coletiva, na negação da tragédia e na naturalização dos óbitos.

"Eu não sou coveiro" - Disse o presidente em entrevista à Folha de São Paulo, em abril de 2020, quando o marco de 50 mil óbitos foi alcançado no Brasil. Além dessa movimentação midiática em torno de suas falas polemicas, seu governo é marcado por uma rotatividade alta de ministros. Os ministros da saúde que protagonizaram esse governo, também cercados de situações polemicas no meio de uma pandemia, foram Luiz Henrique Mandetta, médico ortopedista que esteve do início do mandato até 16 de abril de 2020 - defendia as orientações da OMS e as medidas de isolamento, porém acabou sendo desligado por conta de um protagonismo que ganhou na cena, quando o ministério da saúde acabou ganhando mais aprovação midiática que a imagem do presidente da república, que defendia juntamente com seus seguidores o uso da hidroxicloroquina, que mesmo sem comprovação de eficácia, era defendida como tratamento preventivo para Covid-19. Nelson Teich, médico oncologista, foi o segundo ministro de 16 de abril a 15 de maio de 2020, com pouquíssimo tempo de

¹⁸ Em 23 de agosto, durante ato de campanha na cidade de Araçatuba, no interior paulista, Bolsonaro discursou em cima de um carro de som, condenando organizações que defendem os direitos humanos.

¹⁹ Em dezembro de 2016, Bolsonaro criticou o projeto do Estatuto da Migração, que regulamenta a entrada e permanência de migrantes e visitantes no Brasil. Para Bolsonaro, os imigrantes são uma ameaça à segurança nacional, porque "o comportamento e a cultura deles é completamente diferente da nossa".

atuação, sofreu represálias por concordar com o isolamento social e até propor o lockdown (confinamento total) para cidades com maior índice de transmissão, mas como não considerava o uso da cloroquina uma solução de tratamento para a população, sofreu boicotes em sua participação e pediu demissão. O terceiro ministro foi Eduardo Pazuello, general da ativa do exército, atuou de 15 de março de 2020 a 15 de maio de 2021, marcando sua trajetória por inserir no protocolo de tratamento da covid-19, o uso da cloroquina, uma relação de subserviência ao presidente e a uma demora na resolução de problemas como a falta de oxigênio para hospitais em alguns estados e no atraso na negociação com laboratórios para a compra das vacinas, para a imunização da população.

O atual ministro da saúde, Marcelo Quiroga, é presidente da Sociedade de Cardiologia do Brasil, apoia o isolamento social e a vacinação coletiva como solução para a pandemia e discorda do tratamento precoce como estratégia viável. Diante dessa instabilidade, duas situações mediam a relação entre a população brasileira e acesso à saúde nesses tempos. A primeira é a sensação de desconfiança produzida nas mudanças consecutivas de ministros, na área da saúde, enfraquecendo a relação de confiança que a população tinha nas orientações enviadas pelo Ministério da Saúde. Isso influencia nas vidas das pessoas, a partir da exposição cotidiana a notícias falsas circuladas e uma falta de referência na gestão da crise. A segunda, é o enfraquecimento dos serviços especializados e atenção básica, dificultando o acesso da população a demais ofertas de cuidados, precarizando a saúde da população SUS dependente, que é majoritariamente negra e feminina.

Em maio de 2021, é instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar irregularidades e omissões nas ações de governo do presidente Bolsonaro na pandemia da Covid-19. A CPI da Covid foi uma iniciativa do senador Randolfe Rodrigues (REDE-AP) que devido à gravíssima crise sanitária no estado do Amazonas, trouxe à tona “supostos” equívocos e omissões do governo federal nos protocolos sanitários de sua responsabilidade. Randolfe protocolou, em 4 de fevereiro de 2021, o pedido de CPI para investigar os pontos elencados. As reverberações desse processo revelam acusações ao presidente de crime de calamidade pública, suspeitas de corrupção no processo de compra das vacinas e apresentando com mais concretude um projeto de extermínio coletivo, especialmente para os grupos mais vulnerabilizados, assim como um esquema nepotista de corrupção entre o presidente, seus familiares e aliados políticos de seu governo.

As estratégias políticas de gerenciamento da crise sanitária no Brasil conduziram o país para uma grande catástrofe que para além da negligência em relação à vida e morte das pessoas, que nos coloca na segunda posição em número de mortes em nível mundial, é a aceleração de medidas contra os direitos de cidadania, contra o meio ambiente, contra o patrimônio público, material e imaterial, desse país. (DIMENSTEIN, 2020) O SUS que já sofria um processo de sucateamento pela falta de investimentos, alta demanda e um intenso movimento da iniciativa privada de destruir o acesso universal e gratuito à saúde, na pandemia da COVID-19 vivencia um grande colapso que junto a uma crise política, se torna numa imensa tragédia com um saldo de mais de meio milhões de óbitos. Um cemitério a céu aberto que fede o descaso com as vidas brasileiras. O aumento dos casos de infectados fez as UTIs superlotarem e todo investimento se direcionava aos serviços de atenção terciária, precarizando a rede nas outras instâncias de assistência. Os hospitais de urgência e emergência se tornaram protagonistas do direcionamento de insumos, assim como os hospitais de campanha construídos para assistir unicamente infectados da pandemia.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que vem sofrendo retrocessos há alguns anos, partindo da lógica neoliberalista de cuidado que aliado ao pensamento manicomial, desmantela a rede, enfraquecendo o trabalho construído a partir da luta antimanicomial. Segundo Dimenstein (2020), existem grandes vazios assistenciais em todas as regiões do país; grande parte dos recursos públicos tem sido desviada para hospitais psiquiátricos e para a abertura e manutenção de comunidades terapêuticas. Esse cenário remonta uma ameaça a capilarização do SUS e enfraquecimento das estratégias de atenção primária e de saúde da família que atinge trabalhadores e usuários do serviço de uma forma alarmante.

É importante ressaltar os impactos psíquicos que esse momento produz na subjetividade da população brasileira, especialmente das mulheres negras. O colapso no sistema de saúde, o aumento das taxas de desemprego, o aumento do preço de alimentos e materiais de necessidade básica junto a intensificação dos índices de violência doméstica²⁰, a difícil escolha de colocar sua vida em risco enfrentando o vírus para trabalhar, para que a fome não atravessasse seu corpo e a vida dos seus. Os enfrentamentos construídos na coletividade, estratégias afetivas de acolhimento,

²⁰ Dados fornecidos pelo Monitor da violência do Fórum Brasileiro de Segurança Pública em 2021.

divulgação de serviços entre grupos de mulheres negras fomentando apoio a renda de mulheres que sofreram bastante economicamente, distribuição de alimentos, materiais de limpeza e outros itens de uso básico, são movimentos auto organizados de sobrevivência, que assim como a história das mulheres negras que construíram esse país, não estará nos livros oficiais, mas é uma sabedoria que sempre esteve presente nas trajetórias do sobreviver ao abandono assistencial num país violento há séculos.

5.3 “A COVID NÃO ESCOLHE GÊNERO NEM COR ?” - PACTOS POLÍTICOS E GENOCÍDIO EM CURSO.

Com o objetivo de construir medidas de controle para a crise sanitária, atravessada pela enxurrada de informações confusas e “*fake news*” disseminadas nas redes sociais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o isolamento social, diversas medidas de higienização como referências no enfrentamento a realidade pandêmica, colocando o ambiente da casa como significado de lugar seguro, acolhedor e potencializador de cuidados. Os ambientes da casa e da rua, são significados de formas diferentes no tecido social brasileiro. Valores como conforto, segurança, rede de apoio, atravessam as narrativas sobre a vida das pessoas, na presença desses fatores ou em sua ausência.

As políticas de restrição para aglomerações e isolamento social, sem suporte efetivo do estado para equiparar desigualdades, fornecer assistência frente aos movimentos feitos nas políticas trabalhistas e econômicas, afetaram a vida de mulheres brasileiras de diferentes formas, pois preconiza o espaço da casa como ambiente protetivo. A campanha do “fique em casa” compreende a casa, como proteção de si e de seus familiares da exposição á COVID-19 e demais atravessamentos. Porém, de quais pessoas estamos falando? Será que todas as pessoas desse país tem uma habitação segura, com condições de higiene para garantir a higienização de alimentos e a sobrevivência das pessoas nesse período pandêmico? Quem a casa protege? Como essa campanha soa para os Movimento dos Sem Teto e os Movimentos de População em Situação de Rua que antes da pandemia já enfrentavam extremas situações de aviltamento de direitos e vulnerabilidades?

O espaço da casa é um ambiente simbólico para a nossa discussão, pois traz a tona uma série de fatores relacionados aos papéis construídos nessas relações de gênero, que acionam nesta imagem um campo de relações de poder, em que remontam a instituição familiar e os discursos que envolvem esse cenário com desigualdades, violências e vulnerabilidades que, atravessadas por questões de gênero, raça, sexualidade, geração, territorialidade e outros mapas analíticos, produzem subjetividades (BIROLI, 2014). Pessoas que já estavam em sofrimento psíquico estão entre os grupos vulneráveis de agravamento de sintoma e estima-se um aumento da incidência desses transtornos, entre um terço e metade da população, “de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase da resposta à epidemia” (BRASIL, 2020, p. 1).

O conceito de lar ou casa também está conectado com os valores de funcionamento da noção de família tradicional brasileira, de heterossexualidade compulsória, de casamento monogâmico, amor romântico, da domesticização de mulheres e todas as questões que estão conectadas com todo o processo colonial que organizou a sociedade nesse eterno pós-abolição, que organiza o acesso a qualidade de vida de acordo com os marcadores sociais que atravessam esses corpos, especialmente os corpos femininos negros. Para algumas mulheres negras, a casa se torna mais uma jornada de trabalho, com *homeoffice*, *homeschooling* e demais implicações que impedem o acesso ao bem-estar e promoção de saúde mental, para muitas outras, em trabalhos análogos a escravidão, o fique em casa não funcionou como ferramenta de proteção, visto que entre a dialética de ganhar o dinheiro na rua para sustentar sua casa e família e proteger-se ao vírus, a primeira opção parece menos letal.

Nesse sentido é importante nos conectarmos com a idéia de um projeto de nação que intenciona matar corpos negros e aniquilar nossas subjetividades. Mbembe (2016) ao pensar as políticas de morte afirma a relação que essas políticas tem com a intensificação do sofrimento psíquico. Enfrentar um luto decorrente das mortes de Covid, juntamente a intensificação de mortes pelas mãos do genocídio da população negra, junto a uma sensação de insegurança democrática que repercute na coletividade, fazendo definir qualquer esperança de melhora desse quadro político.

Realizando uma revisão nas publicações acerca de saúde mental, gênero e raça em periódicos nacionais de revistas feministas, é possível verificar a escassez de material produzido sobre a temática de saúde mental, gênero e raça, assim como a necessidade de uma discussão que surja nos feminismos, para as possíveis existências subjetivas e políticas de mulheres que lutam e que resistem a um sistema que adoce psicologicamente, negligência acesso à cuidado e intenciona docilizar corpos, principalmente corpos negros.

Dessa forma, conceitos universais como humanidade, cidadania e saúde mental tem sua operacionalidade universal no que tange à vida das mulheres negras, entendendo que os documentos criados para operacionalizar esses conceitos tinham o objetivo político de localizar o Brasil numa esfera mercadológica mais interessante frente ao mundo, mas nunca houve interesse em reparar as famílias vítimas do processo de tráfico e escravidão, assim como nunca houve mobilização política visando dar suporte aos sobreviventes do pós abolição. Muito pelo contrário, ainda vivemos o pós abolição, as tecnologias do racismo em nossas vidas são a prova que esta terra nunca se interessou em nos fazer pertencidos a ela. Todos os dias somos lembradas de nossas heranças, mesmo sem o conhecimento de nossas linhagens familiares de ascendência africana, os efeitos estruturais do racismo, de inúmeras formas, faz menção a qual lado da história pertencemos.

Lembrando Lélia Gonzalez, que nos convida para o centro da discussão sobre a experiência de ser mulher negra, onde afirma a necessidade de narrativas sobre nós mesmas, como Neusa Santos afirma (1983) que precisamos de um ideal de ego que seja referenciado em nossas necessidades. Lélia nos diz que enquanto mulheres negras sentimos a necessidade de aprofundar a reflexão, ao invés de continuarmos na repetição e reprodução dos modelos que nos eram oferecidos pelo esforço de investigação das ciências sociais. “Os textos só nos falavam da mulher negra numa perspectiva sócio-econômica que elucidou uma série de problemas propostos pelas relações raciais. Mas ficava (e ficará) sempre um resto que desafiava as explicações” (1984, p.225).

Neusa Santos, na obra tornar-se negro (1983), traz a tona uma discussão sobre a construção da identidade e as narrativas da branquitude sobre esse corpo negro em ascensão. Ela pontua : “A sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça, demarcou o seu lugar, a maneira de ser tratado, os padrões de interação com o branco e instituiu o paralelismo entre cor negra

e posição social inferior”. Nesse sentido, é necessário entender o racismo como *modus operandi* da engrenagem social e a experiência de viver o que é ser uma mulher negra no Brasil é o encontro com a morte cotidiana. E com isso, em uma sociedade que ignora os impactos do racismo na saúde mental, aprendemos a valorizar as nossas vidas a partir desse referencial, como descreve Conceição Evaristo (2016, p.109): “ Eu sei que não morrer, nem sempre é viver. Deve haver outros caminhos, saídas mais amenas.” Na dimensão coletiva, como elaboramos esse luto em curto espaço de tempo e seguimos vivendo?

Um cemitério a céu aberto, já em curso e em largas proporções, construiu esse país a partir da desvalorização das vidas de mulheres negras, assim como o lucro dessa lógica segue fazendo a manutenção dessa engrenagem. O apagamento histórico impediu que pudéssemos elaborar o luto de nossas ancestrais, por não termos acesso a essas informações e nos impede hoje de criar ferramentas justas de atenção à saúde mental da população negra, especialmente mulheres negras. A perspectiva de cuidado precisa considerar esse corpo feminino negro como portador de uma história coletiva que atravessa as marcas físicas e subjetivas presentes na pele em que habita.

A RAPS na tentativa de promover cuidado em tempos de pandemia propõe ações mediadas pelos atendimentos virtuais e apesar de ser um movimento importante, distancia as pessoas sem acesso a esse mecanismo, como as pessoas em situação de rua e outros cenários de vulnerabilidade desse dispositivo. Movimentos auto organizados, protagonizados por usuários e trabalhadores da saúde, ganham forma para tentar suprir necessidades e o fortalecimento da rede de apoio, porém o acesso a esses recursos prevê instrumentos que são atravessados pela possibilidade de acessar internet ou ter um dispositivo móvel de comunicação. Essa energia coletiva de dar suporte umas as outras sempre esteve presente entre as mulheres negras, a muito custo. “Eles combinaram de nos matar”, lembrando Conceição Evaristo, e combinaram isso há séculos. Nós combinamos de não morrer desde o outro lado do atlântico, seguindo rota oceânica e seguimos em rede. O racismo segue sendo produtor de desigualdades e adoecimentos, de modo estrutural assim como organiza subjetivamente processos de adoecimento. É urgente a construção de uma epistemologia científica que considere esses marcadores sociais para que esta seja de fato eficaz e verídica com as mulheres negras e suas experiências de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa dissertação trouxe muitas inquietudes para meus sentidos, no que tange a escrita acadêmica e como ela nos encontra em momentos de destruição, assim como a forma como a história contada em lacunas impede de sobrepomos narrativas e compreender a ineficácia de algumas ferramentas que anulam as lentes de gênero e raça. Estar viva, vivenciar o adoecimento de minha comunidade, escrever sobre injustiças históricas tem sido um desafio enorme para mim e para o que me proponho a fazer no mundo. Ser uma psicóloga negra escrevendo essa história, não me permite estar no local de observação, mas de me sentir parte responsável em construir caminhos para que essas vozes sejam escutadas e para a construção de espaços possíveis de cuidados entre mulheres negras.

Fazer menção às mãos negras femininas que construíram a história desse país que foram invisibilizadas e trazer à tona o extenso débito que o estado e a psicologia têm com as subjetividades das mulheres negras, deve ser um compromisso coletivo, não apenas para a superação das violências que afetam corpos negros femininos, mas para que medidas concretas sejam garantidas, tornando as existências negras e femininas possíveis. Emancipação, promoção de saúde mental e modelos de assistência à população que sejam eficazes, serão construídos apenas com justiça sendo feita, distante de uma lógica assistencialista.

Não tenho interesse em cessar aqui as discussões sobre este tema e sigo endossando a necessidade de uma narrativa da mulher negra sobre si e sua subjetividade, como já sinalizavam Lélia González (1972) Beatriz Nascimento e Neusa Santos (1983), lembrando palmares e utilizando de uma linguagem psicanalítica para sinalizar a necessidade de um resgate que foi destituído na implementação de um processo de branqueamento mediado pelo genocídio da população negra. O resgate é o reencontro consigo, o resgate da referência imagética, subjetiva que constrói pertencimento a esse chão brasileiro, que teve como principal contribuição os corpos negros como mão de obra e adubo.

É fundamental dizer que nos caminhos de construção de um cuidado emancipador, a luta antimanicomial precisa ser, antes de tudo, antirracista e antimachista. Os discursos que atribuem essa luta a questões de classe e gênero sem a lente racial, cometem um grave crime de silenciamento a todas mulheres e homens negros institucionalizados - dos hospitais de custódia às comunidades

terapêuticas - colocando suas vidas no esquecimento, alimentando a lógica do manicômio.

A psicologia no Brasil precisa romper com suas bases racistas e misóginas, e construir ciência implicada politicamente para a maioria da população brasileira. A construção científica desracializada e desgenderada reforça os vínculos eugenistas e higienistas com as bases conservadoras da sociedade cristã-ocidental. A funcionalidade de uma ferramenta técnica de atuação, que não instrumentaliza o profissional a acolher e compreender as demandas de pessoas que são marcadas por violências cotidianas a gerações e enfrentam obstáculos cotidianos para chegarem vivos e vivas ao final do dia, é a reafirmação da violência estrutural.

Acredito que esse trabalho, assim como as obras utilizadas como referências e inspiração para essa escrita, tem o objetivo de construir uma ciência que ofereça caminhos para a mobilidade socioeconômica e aparato para compreensão das subjetividades das mulheres negras, assim como a construção de estratégias possíveis em saúde mental para o cuidado entre esses corpos. Enquanto psicóloga, acredito que o nosso fazer parte politicamente de quem somos e a quem se destina o que construímos, então aqui ao mesmo tempo que desejo fazer denúncia de uma realidade que precisa ser visibilizada, afirmo que não existe a possibilidade de uma luta efetiva contra a manicomialização se esta não for antirracista e incluir em sua perspectiva teórica e intervenções, ações afirmativas que tentem reparar os impactos econômicos causados pela escravidão e pós-abolição às pessoas negras e suas famílias.

Não haverá caminho se este não for construído coletivamente e com a participação massiva da população negra, juntamente ao desmonte de instituições privadas e religiosas que adotam a perspectiva manicomialista em seus fazeres, movimentando dinheiro e contribuindo para o genocídio da população negra.

1. REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, Carla. **O Que é Interseccionalidade**. Belo Horizonte: Editora Letramento, 2018.

AMARANTE, Paulo. **Conversando Sobre o SUS: Saúde Mental e o Processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2012. 1 vídeo (127 min). Publicado pelo Canal Instituto de Psicologia da USP. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sR-e7n0huHc>. Acesso em: 23 fev. 2021

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.61-77, jul./out.1994.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo (org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados e alienistas: pequena história da psiquiatria no Brasil. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998a. p. 73-84.

AMARANTE, Paulo *et al.* **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/Fiocruz, 1998b.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. *In*: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (org.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Universitária - UFPE, 2010. p. 113-136.

ANDRADE, A.P.; MALUF, S.W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface**, Botucatu, v.21, n.63, out./dez. 2017.

ANDRADE, A.P.M. O gênero na política de saúde mental brasileira. *In*: MALUF, S.W; TORNQUIST, C.S. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

ANDREWS, George Reid. **Negros e Brancos em São Paulo**. Tradução: Magda Lopes. São Paulo: Edusc, 1998.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **O Doente, a Psicologia e o Hospital**. São Paulo: Editora Pioneira, 1992.

ANGERAMI-CAMON, V. A. Psicologia hospitalar: Pioneirismo e as pioneiras. *In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (org.), O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p.1-29.

ARAÚJO, S. F. Wilhelm Wundt e a fundação do primeiro centro internacional de formação de psicólogos. **Temas em psicologia**, Ribeirão preto, v.17, n.1, 2009.

ARBEX, Daniela. **O Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Geração Editoria, 2013.

AZEVEDO, Célia Maria Marinho de. **Onda negra medo branco: o negro no imaginário das elites no século XIX**. 3. ed. São Paulo: Annablume, 2004.

BASÁGLIA, F. A. **Instituição Negada**. Rio de Janeiro, Ed.Graal, 1985.

BERNARDINO, J. Ação Afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Revista Estudos Afro-Asiáticos**, ano 24, n. 2, 2002.

BIRCHAL, T.S. A inexistência biológica versus a existência social de raças humanas: pode a ciência instruir o ethos social. **Revista USP**, São Paulo, n. 68, p. 10-21, dez./fev. 2005/2006. Disponível em <http://twixar.me/B6LK>. Acesso em: 30 mar. 2019.

BIROLI, Flavia; MIGUEL, Luis Felipe. **Feminismo e Política**. São Paulo: Boitempo, 2014.

BLAYA, M. **O papel do psicólogo clínico na equipe psiquiátrica**. Rio Grande do Sul: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 1967.

BOWLEG, L. When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: the methodological challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. **Sex Roles: A Journal of Research**, Washington, v. 59, n.5-6, p.312-325, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/blob/144.pdf> Acesso em: 6 jun. 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003-2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental em Dados**, Brasília, DF, ano V, n. 7, 2010. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>. Acesso em 02 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental em Dados**, Brasília, DF, ano VII, n. 10, 2012. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>. Acesso em: 17 set. 2012.

BRESLAU, J.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; KENDLER, K. S.; SU, M.; WILLIAMS, D.; KESSLER, R. C. Specifying Race-Ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a US national sample. **Psychol Med**, Cambridge, v. 36, n. 1, p.57-68, 2006.

BRUM, Eliane. **Meus desacontecimentos**. São Paulo: Ed. Leya, 2014.

CAMPOS IO, ZANELLO V. Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. **Vivência: Revista de Antropologia**, São Paulo, n. 48, p. 105-118, 2016.

CAPRARA A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.923-931, jul./ago. 2003.

CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (org.) **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2002

CASTRO, E. K. de; BORNHOLDT, E. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, DF, v.24, n.3, set. 2004.

CARNEIRO, S. **Racismo, Sexismo e Desigualdade no Brasil**. Editora Selo Negro: São Paulo, 2011.

CARNEIRO, Sueli. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n.49, p. 117-133, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas.** Brasília, DF: CFP, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF: CFP, 2013

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas.** Brasília, DF: CFP, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório final da pesquisa sobre o perfil do psicólogo brasileiro.** Brasília, DF: CFP, 2003. Disponível em: http://www.pol.org.br/atualidades/mate-rias.cfm?id_area=300. Acesso em: 1 mai. 2013.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

COSTA-ROSA, A. (2000). **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar.** In P.D.C. Amarante (Org.). *Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

CYTRYNOWICZ, Roney. **Unibes 85 anos: Uma história do trabalho assistencial na comunidade judaica em São Paulo.** São Paulo: Narrativa Um, 2000.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. **Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, DF, v. 38, n. 3, p. 450-464, set. 2018. Acesso em: 01 jul. 2021.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DEL PRIORE, Mary. **D. Maria I: as perdas e as glórias da rainha que entrou para a história como “a louca”.** São Paulo: Benvirá, 2019

DELGADO, P. *et al.* 2007. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** In: MELLO, M.; MELLO, A.; KOHN, R. **Epidemiologia de Saúde Mental no Brasil.** Porto Alegre: Artmed. p. 39- 83.

DÉJOURS, C. **A loucura do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1980.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O psicólogo nas unidades básicas da saúde: desafios para a formação e atuação profissionais.** *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 3, n.1, 1998.

DOMINGUES, Petrônio. **Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos.** *Tempo*, Niterói, v.12, n.23, 2007.

DUNKER, C. I. L. e KYRILLOS NETO, F. Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados psíquicos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.116-125, 2004.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os Delírios da Razão**: médicos, loucos e hospícios (1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

EVARISTO, Conceição. **Olhos D'agua**. Rio de Janeiro: Editora Pallas, 2016.

FARCI, Maristela da Silva; COMANDULE, Alexandre Quelho. Contribuições da Psicologia da Saúde ao tratamento da depressão. *In*: FARCI, Maristela da Silva; COMANDULE, Alexandre Quelho. **Psicologia da Saúde**: Especificidades e diálogo interdisciplinar. São Paulo: Vetor, 2007.

FARMER, Paul. Rethinking health and human rights: Time for a paradigm shift. *In*: FARMER, Paul. **Partner to the poor**. Berkeley: Univ. of California Press; 2010.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Dominus Editor, 1964.

FERNANDES, N. **A Inquisição em Minas Gerais no século XVIII**. 3. ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2014.

FIRMINO, H. **Nos porões da loucura**. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FONTE, Eliane Maria Monteiro. Da Institucionalização Da Loucura À Reforma Psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil, **Periódicos UFPE**, v. 1, n. 18, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos V. I**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FOUCAULT Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRASER, N. Da redistribuição ao reconhecimento? Dilemas da justiça numa era "pós-socialista". **Cadernos de Campo**, São Paulo, v. 15, n. 14-15, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Processo De Luto No Contexto Da Covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2020.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, n.

18, p.103-112, 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18s0/13797.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2019

GIOIA-MARTINS, D.; ROCHA-JÚNIOR, A. Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? **Revista Psicologia Teoria e Prática**, São Paulo, v.3, n.1, 2001.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1996.

FACCHINETTI, Cristiana. As Insanas do Hospital Nacional de Alienados (1900-1939). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, n. 15, 2008.

GONZALEZ, L. **Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa**. São Paulo: Diáspora Africana: Ed. Filhos da África, 2018.

HERINGER R. Desigualdades sociais no Brasil: Síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, n.18, p. 57-65, 2002.

HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nízia. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira república. *In*: MAIO, M.C., and SANTOS, R.V.(org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, 1993.

HOOKS, Bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2013.

JABERT, A. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do Estado do Espírito Santo. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 693-716, 2005.

JACINO, Ramatis. **O negro no mercado de trabalho em São Paulo pós-Abolição – 1912/1920**. Tese (Doutorado em História Econômica) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://twixar.me/mcCn>. Acesso em: 20 jun. 2019.

JUNQUEIRA, Mariane Oliveira. Algumas considerações sobre gênero e saúde mental: as mulheres nos manicômios judiciais no Brasil. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO, 11.; WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 13., Florianópolis. **Anais eletrônicos [...]**. Florianópolis: UFSC, 2017.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.

LAING, R. D. **Politics of Experience**. Hasmondsworth: Penguin, 1969.

LAING, R. D. **Sobre loucos e sãos**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LANE, Sílvia T. Maurer. **O Que é Psicologia Social**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 399–407, 2007.

MACHADO, R. M. **A danação da norma**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, Rio de Janeiro, n.32, p.123-151, 2016. <https://www.procomum.org/wp-content/uploads/2019/04/necropolitica.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MEDEIROS, T. A. **A formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. 1977. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1977.

MENDONÇA, B. C. B. DE; MIRANDA, G. S.; ROCHA, J. R. A Prática Do Profissional Da Psicologia Inserido Na Psiquiatria: Uma Crítica Baseada Na Psicologia Da Saúde. **Caderno De Graduação - Ciências Biológicas E Da Saúde – UNIT**. Alagoas, v.2, n.2, p.165–174, 2014.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.65-98, 2008.

MESQUITA, J. F. de.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. **A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Minas Gerais: ABEP, 2001.

MOREIRA, J. Notícias sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.52-98, 1905.

MODOLO, Marcelo; NEGRO, Helena; FERNANDES, Nathalia; PORTO, Narayan; DIAS, Fábio. **DEL PRIORE, Mary. D. Maria I: as perdas e as glórias da rainha que entrou para a história como “a louca”**. São Paulo: Benvirá, 2019, 224 p. ISBN: 978-85-5717-316-3. Revista LaborHistórico, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2020.

MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. **Degeneração atípica: uma incursão ao arquivo de Elza**. 2010. 191 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

NASCIMENTO, Abdias do. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2016.

NOGUEIRA, C. **Interseccionalidade e psicologia feminista**. Salvador: Editora Devires, 2017.

NUNES, M.O.; TORRENTE, M. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.10, p.2859-2868, 2013.

ODA, A. M. G. R.; DALGARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.983-1010, 2005.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.191-203, jan./mar. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Resumen Analítico: Las Mujeres y La Salud – los datos de hoy la agenda de mañana**. Ginebra: OMS, 2010.

PASSOS, I. C. F. **Loucura e Sociedade: Discursos, práticas e significações sociais**. Belo Horizonte: Argumentvm Editora, 2009a.

PASSOS, I. C. F. **Reforma Psiquiátrica: as experiências francesas e italianas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009b.

PASSOS, R. G; PEREIRA, M. O. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidade. *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.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições nos anos 1970. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.241-258, 2004.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saude e sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 jun. 2020.

PEREIRA, Arthur Oriel. O que é lugar de fala? (Resenha). **Leitura: Teoria & Prática**, Campinas, São Paulo, v.36, n.72, p.153-156, 2018.

PERRUSI, A. 2010. A lógica asilar acabou? Um estudo sobre as transformações na Psiquiatria Brasileira. *In*: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (org.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora Universitária UFPE, p. 71-112.

PROVIDELLO, Guilherme Gonzaga Duarte; YASUI, Silvio. A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1515-1529, out./dez. 2013.

RABINBACH, Anson. **The Human Motor**. Los Angeles: University of California Press, 1992.

RAGO, Margareth. Epistemologia feminista, gênero e história. RAGO, Margareth Rago; PEDRO, Joana; GROSSI, Miriam (org.) **Masculino, feminino, plural**. Florianópolis: Ed.Mulheres,1998

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In*: TUNDIS, S.; COSTA, N. (org.). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**. Petrópolis, Editora Vozes, 2007.

RIBEIRO, J. P.; LEAL, I. P. Psicologia clínica da saúde. **Análise Psicológica**, Porto, v.4, n.14, p.589-599, 1996.

RICOEUR P. **Interpretação e Ideologias**. Rio de Janeiro: Alves Ed, 1990.

ROCHA, G. S. **Introdução ao nascimento da psicanálise no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

RODRIGUES, Raimundo Nina. **Métissage: Dégénérescence et Crime**. Lyon:1 Storck & Cie, Imprimeurs-Éditeurs, 1889.

ROCHA, D.M. Pandemia, bioética e distanciamento social: relação entre interesses coletivos e individuais. **Aufklärung**, Campina Grande, p.37-50, 2020.

ROEDER, M. A. Serviço Residencial Terapêutico – Morada do Gênero. *In*: MALUF, S. e TORNQUIST, C. (org.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROTELLI, F (org). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990.

SAMPAIO, J. J. **Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis**. 1988. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

SANTOS, Paulo Roberto dos. **A questão da neutralidade: um debate necessário no ensino de ciências**. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-07052004-152923/pt-br.php>. Acesso em: 13 mai. 2021.

SANTOS, Carlos José Ferreira dos. **Nem tudo era italiano: São Paulo e a pobreza (1890-1915)**. 4.ed. São Paulo: Annablume/Fapesp, 2017.

SARDETO, Alessandra Rodrigues; FERRAZZA, Daniele Andrade; BARZAGHI, Natalia. Movimento feminista e antimanicomial: uma análise das lutas por direitos em uma sociedade capitalista-patriarcal. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 58, p.195-217, jan./jun. 2021.

SAWAIA, B. B. "Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social". **Psicologia & Sociedade**, Recife, v.21, n.3, p.364-372, 2009.

SCHEFF, T. **Being Mentally Ill: A sociological Theory**. Chicago: Aldine, 1966.

SCHWARCZ, Lilia K. Moritz. Uso e Abuso da mestiçagem da Raça no Brasil: uma história das teorias raciais em finais do século XIX. **Revista Afro-Ásia**, Salvador, n.18, 1996. Disponível em: <http://twixar.me/r6LK>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SEGRE, Marco; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, out. 1997.

SILVA, L. B. de C. A psicologia da saúde: entre a clínica e a política. **Revista do Departamento de Psicologia UFF**, Niterói, v.17, n.1, jun. 2005.

SILVIA, CRS; et al. Sofrimento psíquico em mulheres brasileiras: uma revisão integrativa. **EFDeportes.com Revista Digital**, Buenos Aires, Ano 18, n. 184, set. 2013.

SPIVAK, Gayatra. **Pode o subalterno falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de; SANTOS, Ricardo Ventura. O Congresso Universal de Raças, Londres, 1911: contextos, temas e debates. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, Belém, v.7, n.3, p.745-760, set./dez. 2012. Disponível em: <http://twixar.me/66LK>. Acesso em: 29 mar. 2019.

STAMATO, Maria Izabel Calil. **Protagonismo juvenil: uma práxis sócio-histórica de ressignificação da juventude**. 2008. 222 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

SZASZ, T. **The Myth of Mental Illness: Foundation of a Theory of Personal Conduct**. New York: Hoeber-Harper, 1961.

TAVARES, JSC; KURATANI, SMA. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se "Tornaram Negras". **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, DF, v. 39, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003184764>. Acesso em: 01 jul. 2019

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, na década de 1980 aos dias atuais. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-5, 2002.

VENÂNCIO, A. T. A. Sobre a desinstitucionalização psiquiátrica: história e perspectivas. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 1415-1420, 2007.

VARGAS R. A integralidade da atenção à saúde na percepção de profissionais. *In*: NEGRAO T, VARGAS R, RODRIGUES LP. **Saúde mental e gênero: novas abordagens para uma linha de cuidado – a experiência de Canoas(RS)**. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural, 2015.

VACARO, Juliana Suckow. **A Construção do Moderno e da Loucura: Mulheres no Sanatório Pinel de Pirituba (1929 - 1944)**. 2011. Dissertação (Mestrado em História Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

WERNECK. J. **O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Editora Pallas, 2000.

WERNECK. J. Racismo institucional: uma abordagem conceitual. **Saude soc.**, v.25, n.3, jul./set. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Gender and women's mental health. **World Health Organization Website**, Genebra, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/gender-and-women-s-mental-health>. Acesso em: 15 out. 2020

XAVIER, E. C., & ROCHA, K. B. Subjetividade e interseccionalidade: experiências de adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.35, n.2, p.267-282, 2017.

ZANELLO, V; BUKOWITZ, B. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. **Revista Labrys Estudos Feministas**, Niterói, v.20-21, jul./dez. 2011.

ZANELLO, V; FIUZA, G; COSTA, HS. Saúde Mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fratcal: Revista de Psicologia**, Niterói, v.27, n.3, 2015. Dossiê Políticas Sexuais e de Gênero no Contemporâneo.