



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Ueslei Solaterrar

**(Sobre)viver na zona de quase-morte: o (des)fazer do cuidado
em saúde mental a pessoas negras no cotidiano pandêmico da
Baixada Fluminense**

Rio de Janeiro

2024

Ueslei Solaterrar

(Sobre)viver na zona de quase-morte: o (des)fazer do cuidado em saúde mental a pessoas negras no cotidiano pandêmico da Baixada Fluminense

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Laura Lowenkron

Rio de Janeiro

2024

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S684 Solaterrar, Ueslei

(Sobre)viver na zona de quase-morte: o (des)fazer do cuidado em saúde mental a pessoas negras no cotidiano pandêmico da Baixada Fluminense / Ueslei Solaterrar. – 2024.

356 f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Laura Lowenkron

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde Mental. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. COVID-19. 4. População Negra. 5. Racismo. 6. Baixada Fluminense (RJ). I. Lowenkron, Laura. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 613.89-008(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Ueslei Solaterrar

(Sobre)viver na zona de quase-morte: o (des)fazer do cuidado em saúde mental a pessoas negras no cotidiano pandêmico da Baixada Fluminense

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde

Aprovada em 29 de maio de 2024.

Orientadora: Prof.^a Dra. Laura Lowenkron
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Rachel Gouveia Passos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Maria de Fátima Lima Santos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à minha bisavó Bernardete, à minha avó Raquel, aos usuários,
familiares e trabalhadores do CAPS III de Jacutinga e
à criança viada que fui.

Dedico a eles e aos sonhos que não puderam viver.

AGRADECIMENTOS

De que é feita uma tese de doutorado? De trabalho, sofrimento, estudo, tensão, medo insegurança, (auto)boicote, culpa, sobrecarga, trabalho sofrimento, pesquisa, noite sem dormir e um pouco mais de sofrimento? No dia 02 de junho de 2023, estava em Barcelona por conta do doutorado sanduíche e precisei parar os trabalhos e estudos por dois dias para acompanhar um amigo até uma cidade francesa relativamente próxima de Barcelona. Fui tomado pelos sentimentos registrados acima, pela sensação de que estava “perdendo tempo”. Ao longo da viagem, esses sentimentos foram se transformando e foi abrindo espaço para o questionamento que abre esse texto: de que é feita uma tese?

Nesta viagem, fui inundado pela inspiração e desejo de fazer o processo de escrita da tese ser atravessado também pela diversão, pelo tempo livre, pelo prazer, pela vida lá fora, a vida real, de carne, sangue e pessoas que vibram nas ruas, nos becos e vielas das cidades. Ao fim desses dois dias de viagem inesperada, período no qual “interrompi” os estudos, veio a inspiração que estava tentando ter há dias para escrever a proposta de estrutura da escrita desta tese. Exatamente no momento que estava chegando a Barcelona, tive, como uma epifania, a inspiração e nitidez quanto ao percurso que trilharia na escrita e estrutura deste trabalho. Em mim, ficou uma certeza: uma tese pode ser feita de muito trabalho, estudo e pesquisa, mas também de muito prazer, diversão, bateção de perna na rua, afetos e encontros.

Eu sou fruto de muitos encontros, de muitas confluências. Não sou só, não ando só. Ando como quem anda entoada pela voz de Maria Bethânia quando canta: “- não mexe comigo que eu não ando só!”. Sou um ser coletivo que é fruto do amor, cuidado, entrega, oportunidades e disponibilidade de muita gente, logo: tenho muito a abraçar e agradecer.

Agradeço aos Deuses, Deusas, orixás e energias que me protegem, alimentam e me trouxeram até aqui. À minha família, meu porto e lugar onde encontro lar onde quer eu esteja, por, mesmo diante do impossível, terem apostado em mim e nos meus estudos, em especial a titia Jeane, minha mãe Joelma, tia Lú, tio Lito, tia Lene, tia Mary, tio Bó, tio Gordo, Tinho, Thiala, meu irmão Erick e Thiaguinho. Aos vizinhos-família extensa da Baixa do Corte, em Alagoinhas-BA, pelo suporte, amor e cuidado na figura, memória e saudade de Delci Barbosa (*in memoriam*) e Rosa da Cunha (*in memoriam*): amigas e companheiras de caminhada da minha avó Raquel que tanto se fizeram família para mim.

À Silvan Bandeira, meu marido e companheiro de vida. Guimarães Rosa nos ensina que qualquer amor é um pouquinho de saúde, um descanso na loucura. Silvan trouxe o

suporte, o companheirismo e a cumplicidade necessários para ser possível trabalhar e descansar no amor e nos afetos acolhedores.

À minha orientadora Laura Lowenkron, por, acima de tudo, cuidar e confiar em mim, no meu tempo, no meu ritmo, nas minhas (im)possibilidades, nas minhas viagens e ousadias contracoloniais, enfim, por ser porto, acolhimento e caminhar de mãos dadas em meio a uma universidade colonizada e, por vezes, dura e difícil.

Às professoras e mestres da banca de qualificação e defesa do doutorado. Rachel Gouveia, por ser farol e por toda disponibilidade para caminhar junto desde a residência em saúde mental. À Fátima Lima, pelo acolhimento teórico, estético e poético nas pontes nordestinas que nos conecta. À Martinho Silva, pelas parceria, confiança e generosidade nas trocas e encontros. À Lupicínio Iñiguez-Rueda, pelo acolhimento, cuidado e suporte para a orientação do doutorado sanduíche em Barcelona e por me ensinar sobre o aprendizado que vem da rua. Estendo os agradecimento ao LAICOS-IAPSE, seu grupo de pesquisa, que me recebeu com muito carinho e trouxe elementos importantes para a minha formação enquanto pesquisador. Ao querido companheiro de caminhada André Mendonça e seu Quilombo Amefricano, por toda poesia, samba, indisciplina e confluência contracolonial que me inspirou. Também sou grato a Prof^a. Rosana Castro que se disponibilizou para ser suplente da banca e por ser uma pesquisadora que tenho imensa admiração. À Hamilton Assunção, a quem cheguei por intermédio de Fabiane Valmore, artistas e usuários da saúde mental, da RAPS, que com muita generosidade, afeto, arte e disponibilidade toparam caminhar junto e seguir pautando sobre a importância do protagonismo dos usuários na luta antimanicomial.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social, por meio dos professores, colegas e funcionários que permitiram o suporte e contexto necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa. Destaco o nome de Silvia Regina e Artur Arêas para representar a gratidão aos demais técnicos administrativos. Agradeço igualmente à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pela bolsa concedida durante o doutorado, seja no contexto do Brasil, seja no contexto internacional, por meio do programa CAPES-Print. Ao Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM) pelas interlocuções e encontros proporcionados, em especial à Claudia Mora, Horacio Sívorí, Vanessa Leite, Alessandra Brigo e Beatriz Klimeck. À Rede Transnacional de pesquisas sobre Maternidades destituídas, violadas e violentadas (REMA), na figura de Lucia Eilbaum e Natália Fazzioni.

Ao Coletivo de Estudantes do IMS, por construir pontes e redes de acolhimento que fazem da permanência na universidade uma tarefa menos árdua, uma tarefa coletiva, de fato.

Sem este coletivo, a caminhada teria sido solitária e com menos cores e sentidos. Em especial, à Viviane Mattar, Leandro Gonçalves, Thamires Medeiros, Flávia Assis e Roberta Dornelles.

Ao Coletivo Negro Makota Valdina, que contribui com a fundação, por colaborar com meu processo de tornar-me negro, enegrecer minhas lentes e aquilombar a caminhada. Em especial, à Kelly Diogo, Denise Oliveira, Vanessa Melo, João Pedro, Nilcéia Figueredo e Bibiana Nunes.

Às manas de orientação que dividiram as dores e as delícias de ser pós-graduandes no Brasil. Em especial, às manas Janaína Gentili e Tássia Áquila, por trazerem risos, sonhos, viagens, aventuras, irmandade e cor à caminhada.

Aos amigos, amigas e amigues que são com irmãos, são como a família sem a qual não saberia viver. São amor que nunca morre e que me alimenta. Em especial, à Caroline Batista, Filipe Pereira, Léa Isis, Leila, Luana Mendes, Karen Berg, André Januário, Ilca Dias, Thaísa Silva, Lakshimi e família, Cintia Maria, Jamile Coelho, Mazzoleni Mario, amigo italiano, pelo suporte e incentivo e à Paula Gonzaga. Destaco saudação e agradecimento especial a esta última, minha amiga Paula Gonzaga, por toda inspiração, incentivo e suporte essenciais para a escrita desta tese ao me acolher, cuidar e abrir as portas de seu lar e fazê-lo um pouco meu num momento que nem eu acreditava ser possível finalizar este trabalho. Estendo os agradecimentos a seus amores Blimunda, Ísis e Nilce Almeida, esta também pelo precioso trabalho de revisão e cuidado com esta tese. À Mariana Viana por ter topado fazer o trabalho artístico e dar vida às minhas ideias e viagens através dos desenhos da tese e a Arthur Schols que topou fazer a edição do material audiovisual em tempo recorde.

Aos amigos da Universidade Estácio de Sá, na figura de Norma Kirsten e Mariana Rangel, ao amigos e profissionais da RAPS de Queimados, na figura de Tânia Alves e das equipes do CAPSi e CAPS adulto e aos amigos e profissionais da RAPS de Mesquita, na figura da querida amiga e importante incentivadora na saúde mental, Márcia Bezerra. Por fim, mas não menos importante, a todos os usuários, familiares e trabalhadores do CAPS III de Jacutinga, município da Baixada Fluminense que deu vida a esta pesquisa e à minha trajetória, que me formou, me alimentou, me desafiou e me acolheu antes, durante e depois dessa pesquisa. Este trabalho não teria sido possível, nem teria sentido sem os atravessamentos, afetações, a régua e o compasso dado pela militância e coletivos sociais da luta antimanicomial, antirracista, queer, enfim, pelos aquilombamentos que tornam a vida mais possível de ser habitada.

Sem todes e cada um citado aqui, esta tese não teria sido possível. A vocês: muito obrigado. Axé.

Com nos ensinou Drummond, o caminho é longo, vamos juntos, não nos afastemos,
não nos afastemos muito, sigamos de mãos dadas...



Rosana Paulino

Mangueira, tira a poeira dos porões
Ô, abre alas pros teus heróis de barracões
Dos Brasis que se faz um país de Lecis, jamelões
São verde e rosa, as multidões

Brasil, meu nego
Deixa eu te contar
A história que a história não conta
O avesso do mesmo lugar
Na luta é que a gente se encontra

Brasil, meu denço
A Mangueira chegou
Com versos que o livro apagou
Desde 1500 tem mais invasão do que descobrimento
Tem sangue retinto pisado
Atrás do herói emoldurado
Mulheres, tamoios, mulatos
Eu quero um país que não está no retrato

Brasil, o teu nome é Dandara
E a tua cara é de cariri
Não veio do céu
Nem das mãos de Isabel
A liberdade é um dragão no mar de Aracati

Salve os caboclos de julho
Quem foi de aço nos anos de chumbo
Brasil, chegou a vez
De ouvir as Marias, Mahins, Marielles, malês

*Samba-Enredo Mangueira, 2019 - Histórias Para Ninar Gente Grande
Composição: Tomaz Miranda / Ronie Oliveira / Márcio Bola / Mamá / Deivid Domênico / Danilo Firmino.*

RESUMO

SOLATERRAR, Ueslei. **(Sobre)viver na zona de quase-morte: o (des)fazer do cuidado em saúde mental a pessoas negras no cotidiano pandêmico da Baixada Fluminense.** 2024. 356 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

A pandemia de COVID-19 provocou um acirramento dos tons necropolíticos do tempo passado-presente futuro. Tempos marcados também pelas tentativas de reexistência. Ao olhar para a gestão do sofrimento como loucura e transtorno mental, chega-se aos manicômios, instituições forjadas para excluir, tratar e mortificar o sujeito nomeado como “louco” e “doente mental”. E quando além de “louca”, essa pessoa é negra e moradora da Baixada Fluminense? O objetivo geral desta tese foi investigar a gestão do cuidado em saúde mental para pessoas negras em Jacutinga, município do território da Baixada Fluminense, durante o período em que se estendeu a pandemia (2020-2022). A aposta metodológica é a da etnografia multissituada e da metodologia do encontro que toma a perspectiva ubuntu como inspiração. Os planos de análise passam pela proposta que chamo de triangulação do cuidado. O cuidado para o campo da atenção psicossocial, como defendo, é um cuidado que só pode ser vivido por meio da sua triangulação. Ou seja, um movimento que considere a todo o tempo as dimensões teórico-epistemológica, política e clínico-institucional. O material trazido para análise teve como critério o meu encontro com estes a partir dos afetos que os mesmos produziram em mim durante o período estudado. O eixo estruturante foi a memória, a dimensão do resgate das minhas memórias das experiências vividas. O uso da fotografia e do desenho como recurso de registro do vivido e instrumento de pesquisa e análise dos dados também foi acionado na costura desta investigação. Quanto ao tratamento analítico dos dados, optou-se pela análise socioantropológica, pela perspectiva analítica interseccional e pela perspectiva fanoniana. A tese está dividida em duas partes, a primeira, olha a gestão dos cuidados a partir de um plano macro, a segunda, por meio de um plano de análise micro. A divisão entre micro e macro aqui é apenas para fins didáticos e da escrita de uma tese no formato acadêmico tradicional. Mas, defendo que o macro tem o micro, e vice-versa. Na primeira parte, argumenta-se pelo caminho da radicalidade, pelo caminho da Reforma à Revolução Psiquiátrica brasileira. Realizou-se análise do (des)fazer do cuidado através dos documentos e do desmonte da Política Nacional de Saúde Mental e análise das (des)articulações entre a Política de Saúde Mental e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Na segunda, olho para as exceções ordinárias no cotidiano pandêmico do CAPS III de Jacutinga e discuto sobre os (des)encontros entre raça, maternidade e loucura no encontro com duas mulheres negras, lidas socialmente como loucas. As noções de *corpos-zumbi* e *zona de quase-morte* são propostas como como lentes que nos ajudam a enxergar a gestão e governo das vidas e corpos dos usuários loucos, negros e pobres da saúde mental. Quem tem medo da morte? Quem tem medo do fim do mundo? Quem tem medo de habitar a *Zona de Não-Saber*? Se é possível gestar corpos-zumbi, é possível transmutá-lo. Se é possível (sobre)viver na zona de quase-morte, é possível dissolvê-la. Portanto, esta tese é um manifesto pela morte, uma espécie de funeral. Mas, não de qualquer funeral, um funeral sem luto, sem choro, nem vela.

Palavras-chave: Cuidado; Reforma psiquiátrica brasileira; Baixada Fluminense; Racismo; Pandemia de covid-19.

ABSTRACT

SOLATERRAR, Ueslei. *(Over)living in the near-death zone: the (un)doing of mental health care for black people in the pandemic daily life of Baixada Fluminense*. 2024. 356 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The COVID-19 pandemic has provoked a sharpening of the necropolitical tones of the past-present time of the future. Times are also marked by attempts at re-existence. By looking at the management of suffering as madness and mental disorder, one comes to the manicomes, institutions forged to exclude, treat and mortify the subject named “mad” and “mentally ill”. And when besides being “crazy”, this person is black and a resident of the Fluminense Baixada? The general objective of this thesis was to investigate the management of mental health care for black people in Jacutinga, municipality of the territory of Baixada Fluminense, in the pandemic (2020-2022). The methodological bet is that of the multisituated ethnography and the methodology of the meeting that takes the perspective of ubuntu as inspiration. The analysis plans go on to the proposal I call the triangulation of care. Care for the field of psychosocial attention, as I advocate, is a care that can only be experienced through its triangulation. That is, a movement that always considers the theoretical-epistemological, political and clinical-institutional dimensions. The material brought for analysis had as criterion my encounter with these from the affections that they produced in me during the period studied. The structuring axis was memory, the dimension of rescue from my memories of experiences lived. The use of photography and drawing as a resource for recording the living and a tool for research and data analysis has also been triggered in the seam of this investigation. As for the analytical treatment of the data, the socio-anthropological analysis, the intersectional analytical perspective and the Fanonian perspective were chosen. The thesis is divided into two parts, the first, looks at the management of care from a macro plan, the second, through a micro analysis plan. The division between micro and macro here is only for didactic purposes and the writing of a thesis in the traditional academic format. But I'm arguing that the macro has the micro, and vice versa. In the first part, it is argued for the way of radicalism, for the path of the Reformation to the Brazilian Psychiatric Revolution. The analysis of the (de)doing of care through the documents and the dismantling of the National Mental Health Policy and the analysis of (des)articulations between the Mental health policy and the National Integral Health Policy of the Black Population was carried out. On the second, look at the ordinary exceptions in the daily pandemic of the CAPS III of Jacutinga and discuss the (des)encounters between race, maternity and madness in the encounter with two black women, treated socially as crazy. The notions of zombie bodies and near-death zones are proposed as lenses that help us see the management and governance of the lives and bodies of crazy, black, and poor mental health users. Who's afraid of death? Who's afraid of the end of the world? Who's afraid to live in the Non-Knowing Zone? If you can manage zombie bodies, you can transmute them. If it is possible (over)to live in the near-death zone, it is also possible to dissolve it. Therefore, this thesis is a manifesto for death, a kind of funeral. But not of any funeral, a funeral without mourning, no crying, no candle.

Keywords: Care. Brazilian psychiatric reform; Baixada Fluminense; Racism; Covid-19 pandemic.

RESUMEN

SOLATERRAR, Ueslei. *(Sobre)vivir en la zona de casi-muerte: el (des)hacer de la atención de salud mental para las personas negras en la vida cotidiana pandémica de la Baixada Fluminense*. 2024. 356 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) –Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

La pandemia de COVID-19 ha provocado una intensificación de los tonos necropolíticos del tiempo pasado-presente futuro. Tiempos también marcados por intentos de reexistencia. Cuando miramos la gestión del sufrimiento como locura y trastorno mental, llegamos a los asilos, instituciones creadas para excluir, tratar y mortificar al sujeto denominado “loco” y “enfermo mental”. ¿Y cuando además de “loco”, esta persona es negra y vive en la Baixada Fluminense? El objetivo general de esta tesis fue investigar la gestión de la atención en salud mental de personas de raza negra en Jacutinga, municipio del territorio de la Baixada Fluminense, durante la pandemia (2020-2022). El enfoque metodológico está en la etnografía multisituada y la metodología del encuentro que toma como inspiración la perspectiva Ubuntu. Los planes de análisis pasan por una propuesta que llamo triangulación de la atención. El cuidado en el campo de la atención psicosocial, como sostengo, es un cuidado que sólo puede experimentarse a través de su triangulación. Es decir, un movimiento que considere en todo momento las dimensiones teórico-epistemológica, política y clínico-institucional. El material traído para análisis se basó en mi encuentro con ellos a partir de los afectos que me produjeron durante el período estudiado. El eje estructurante fue la memoria, la dimensión de recuperar mis recuerdos de las experiencias vividas. En esta investigación también se utilizó el uso de la fotografía y el dibujo como recurso para el registro de experiencias y como instrumento de investigación y análisis de datos. En cuanto al tratamiento analítico de los datos, se optó por el análisis socioantropológico, la perspectiva analítica interseccional y la perspectiva fanoniana. La tesis se divide en dos partes, la primera analiza la gestión del cuidado desde un plan macro, la segunda, a través de un plan de análisis micro. La división entre micro y macro aquí es sólo para fines didácticos y para escribir una tesis en el formato académico tradicional. Pero sostengo que lo macro tiene lo micro, y viceversa. En la primera parte, se argumenta en el camino de la radicalidad, en el camino de la Reforma a la Revolución Psiquiátrica Brasileña. Se realizó un análisis del (des)hacer del cuidado a través de los documentos y desmantelamiento de la Política Nacional de Salud Mental y análisis de las (des)articulaciones entre la Política de Salud Mental y la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra. En la segunda, miro las excepciones ordinarias en el cotidiano pandémico en el CAPS III de Jacutinga y analizo los (des)encuentros entre raza, maternidad y locura en el encuentro con dos mujeres negras, socialmente vistas como locas. Las nociones de *cuerpos zumbantes* y *zonas cercanas a la muerte* se proponen como formas de comprensión, como lentes que nos ayudan a ver formas de gestionar y gobernar las vidas y los cuerpos de locos, negros y usuarios pobres de salud mental. ¿Quién tiene miedo a la muerte? ¿A qué tengo miedo de reiniciar? ¿A qué me refiero con fin del mundo? ¿Qué quiero decir con habitar la Zona del No Conocimiento? Es posible generar cuerpos susurrantes y es posible transmutarlos. Es posible hacer y (sobrevivir) vivir en la zona cercana a la muerte, es posible disolverla, desmantelarla, desmantelarla. Para ello es necesario que algo muera. Este es un manifiesto por la muerte, una especie de funeral. Pero no es un funeral cualquiera, un funeral sin luto, sin llanto, sin vela.

Palabras-Clave: Cuidado; Reforma psiquiátrica brasileña; Baixada Fluminense; Racismo;

Pandemia de COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Parede da Memória.....	24
Figura 2	Avó Raquel.....	27
Figura 3-	Meu pai, eu e minha mãe.....	29
Figura 4-	Leila, eu e Del.....	34
Figura-5	Foto dos 8 filhos da avó Raquel.....	35
Figura- 6	Três eventos na minha vida.....	38
Figura 7-	Eu e Silvan na Igreja do Senhor do Bonfim.....	39
Figura 8 -	Triangulação do Cuidado Psicossocial.....	53
Figura 9 -	Vincularidade.....	55
Figura 10 -	Mapa Mundi.....	62
Figura 11-	Exposição na Galeria Superfície.....	63
Figura 12-	Adão e Eva no Paraíso Brasileiro.....	83
Figura 13 -	A ciência é a luz da verdade?.....	108
Figura 14 -	Sufrimento Encruzilhado.....	112
Figura 15 -	Dimensões do Sofrimento Encruzilhado.....	113
Figura 16 -	Coração do Quilombo I.....	116
Figura 17 -	Coração do Quilombo II.....	116
Figura 18 -	Castigo de Escravos.....	118
Figura 19 -	Anastácia Livre.....	118
Figura 20 -	Arthur Bispo do Rosário.....	124
Figura 21 -	Manto de Arthur Bispo do Rosário, exposto em museu.....	125
Figura 22 -	Salvação das almas?.....	126
Figura 23 -	Série Bastidores.....	126
Figura 24 -	Discurso da Ana Rezende.....	158
Figura 25 -	“Chegou a vez e a voz dos usuários”.....	167
Figura 26 -	Usuário negro dormindo no CAPS III.....	172
Figura 27 -	Remendo na torneira do CAPS III.....	172
Figura 28 -	Cuidado na rua.....	173
Figura 29 -	Pautas Assembleias do CAPS.....	180
Figura 30 -	Conversa com Técnico do CAPS.....	180

Figura 31 -	Mapa Amefricanizar a Revolução Psiquiátrica Brasileira.....	186
Figura 32 -	Carolina Maria de Jesus.....	187
Figura 33 –	Convivência CAPS III.....	198
Figura 34 –	Clínica Andarilha.....	198
Figura 35 –	Meme “A volta por cima”	206
Figura 36 –	Festa Junina Pandêmica.....	210
Figura 37 –	Clínica Andarilha II.....	210
Figura 38 –	Incêndio no CAPS.....	213
Figura 39 –	Mensagem do prefeito no dia do incêndio.....	213
Figura 40 –	Quarto onde o incêndio começou.....	217
Figura 41 –	Parte superior do CAPS após o incêndio.....	217
Figura 42 –	Tortura de Genivaldo pela PRF.....	222
Figura 43 –	Equipe do setor de imunização e eu, direção do CAPS, em dia de aplicação da primeira dose da vacina para COVID-19 na unidade.....	226
Figura 44 –	Usuário do serviço sendo vacinado para a segunda dose da vacina para COVID-19.....	226
Figura 45 –	Atividade do dia da consciência negra em novembro/2022.....	241
Figura 46 –	Oficina de Trança.....	241
Figura 47 –	Foto de microscópio de agosto/2022.....	244
Figura 48 –	Serenidade pela morte.....	247
Figura 49 –	Roda de Conversa Racismo e Saúde Mental (SM) I.....	257
Figura 50 –	Roda de Conversa Racismo e SM II.....	258
Figura 51 –	Série Ama de Leite.....	263
Figura 52 –	Brechó CAPS III.....	274
Figura 53 –	Maria e sua filha na maternidade.....	286
Figura 54 –	Chá de bebê da Maria.....	286
Figura 55 –	Proteção extrema Contra a Dor e o Sofrimento.....	291
Figura 56 –	Série Assentamento.....	301
Figura 57 –	Quem tem medo do fim do mundo?.....	302
Figura 58 –	A transmutação do Corpo-zumbi.....	310
Figura 59 –	Festa Junina CAPS III.....	314
Figura 60 –	Grupo Solidariedade.....	315
Figura 61 –	Trancar não é tratar.....	352

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (dez 2002/dez 2012).....	136
Gráfico 2 –	Série Histórica da expansão dos Centro de Atenção Psicossocial no Brasil (2002-2022).....	137
Gráfico 3 –	Incremento anual de centros de atenção psicossocial no Brasil, de 2002 a 2022.....	137
Gráfico 4 –	Número de usuários em acolhimento noturno/mês no CAPS no ano de 2022.....	200
Gráfico 5 –	Usuários por raça/cor e gênero.....	202
Gráfico 6 –	Usuários por renda.....	203

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Dimensões do Sofrimento Encruzilhado.....	114
Tabela 2.	Linha do Tempo da RPB através de eventos e documentos importantes.....	133
Tabela 3.	Propostas do estado do RJ para a 5ª CNSM que cita sobre raça.....	165
Tabela 4.	Matriz SWOT.....	204

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ALERJ	Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ASG	Antipsicóticos de 2º geração
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Droga
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CESM	Conselho Estadual de Saúde
CESM-RJ	Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLAP	Coletiva de Luta Antimanicomial do Paraná
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CnaR	Consultório na Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONAD	Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas
CONASP	Conselho Nacional da Previdência Social
COVID-19	Coronavírus
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada da Assistência Social
DESMAD	Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras drogas
DSM	Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECT	Eletroconvulsoterapia
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAO/ONU	Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FEBRAPLAN	Evento da Federação Brasileira de Planos de Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FOPS	Fórum Popular de Saúde do Paraná
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Vírus da AIDS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada
IPUB/UFRJ	Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queer, Intersexo, Assexuais+
	Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas vinculado ao
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
MT	Ministério do Trabalho
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPPSAM	Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PCD	Pessoa Com Deficiência

PEC	Projeto de Emenda à Constituição
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRAP	Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica
PRF	Polícia Rodoviária Federal
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT/MG	Partido dos Trabalhadores/Minas Gerais
PT/RJ	Partido dos Trabalhadores/Rio de Janeiro
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
REMA	Rede Transnacional de pesquisas sobre Maternidades destituídas, violadas e violentadas
RENFA	Rede de Movimentos e Comunidades contra a violência
RPb	Reforma Psiquiátrica brasileira
SARS-CoV-2.	Novo Coronavírus
SAS/MS	Sistema de Assistência Social do Ministério da Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SOS	Sistema Online de Saúde/Usado quando necessário
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade Administrativa
UAA/UAI	Unidade de Acolhimento/Infanto-juvenil
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World's Health Organization

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	24
	PARTE I – A GESTÃO DO CUIDADO NUMA PERSPECTIVA MACRO.....	62
1	HISTÓRIA DA GESTÃO DO SOFRIMENTO: UMA PERSPECTIVA FANONIANA PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	63
1.1	Um sobrevoou pela história da loucura.....	69
1.1.1	<u>A tradição Sobrenatural.....</u>	71
1.1.2	<u>Tradição Biológica.....</u>	71
1.1.3	<u>A Tradição Psicológica.....</u>	76
1.2	Sobrevoou na história da Reforma Psiquiátricas Brasileira.....	83
1.3	Atenção Psicossocial em diálogo com o Feminismo Negro, a Sociogênese Fanoniana e a Contracolonialidade.....	99
1.3.1	<u>Da Reforma à Revolução Psiquiátrica: o fim do mundo como o conhecemos.....</u>	102
1.3.2	<u>A sociogênese e o pharmakon de Fanon como inspirações metodológicas para a Revolução Psiquiátrica brasileira.....</u>	108
1.4	Ecologias de uma poética negra feminista: o começo de um mundo que (ainda) não conhecemos.....	115
1.5	O Fim também pode ser um novo Início: algumas considerações.....	120
2	DOCUMENTOS E CONFERÊNCIAS NO (DES)FAZER DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: POR UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ANTIRRACISTA.....	126
2.1	O lugar dos documentos no (des)fazer da Reforma Psiquiátrica.....	132
2.2	Andanças pelas Conferências de Saúde Mental: desafios do “fazer-se no Estado”	156
2.3	(Des)articulações entre a Política de Saúde Mental e a Política de Saúde Integral da População Negra.....	173
2.4	“É preciso estar atento e forte. Não temos tempo de temer a morte”: entre vestígios, imagens e desejos de salvação.....	179
	PARTE II - A GESTÃO DO CUIDADO NUMA PERSPECTIVA MICRO.....	186
3	A ZONA DE QUASE-MORTE COMO GESTÃO DO CUIDADO: ANÁLISES DAS EXCEÇÕES ORDINÁRIAS NO COTIDIANO PANDÊMICO DE UM CAPS III.....	187

3.1	O encontro com o CAPS, a Baixada Fluminense e o cotidiano pandêmico.....	195
3.2	Do CAPS II ao CAPS III: a caracterização do serviço.....	198
3.3	“Gente é pra brilhar, não pra morrer de fome”: a gestão da fome no cotidiano pandêmico do CAPS.....	227
3.4	“Você tem sede de quê?”: a gestão da água no cotidiano do CAPS.....	233
3.5	Práticas (anti)racistas: costurando passado-presente-futuro.....	240
4	“PRECISO ESTAR BEM PARA CUIDAR DO MEU FILHO”: (DES)ENCONTROS ENTRE RAÇA, MATERNIDADE E LOUCURA.....	263
4.1	Método.....	269
4.2	“Em nome do cuidado”: sobre (des)encontros que (des)estabilizam.....	271
4.3	Maria e Conceição como figuras de causação.....	281
4.4	Sobre habitar a dor e o sofrimento.....	288
4.5	A gestão dos arranjos de cuidado.....	291
4.6	Atrevivências e desobediências poéticas: a agência feminina negra em cena.....	294
	QUEM TEM MEDO DO FIM DO MUNDO? MANIFESTO PELA MORTE, SEM LUTO, SEM CHORO, NEM VELA.....	302
	REFERÊNCIAS.....	320
	REFERÊNCIAS ARTÍSTICAS.....	353

INTRODUÇÃO

MANIFESTO

DA BAIXA DO CORTE À BAIXADA FLUMINENSE: NARRATIVAS AUTOBIOGRÁFICAS PARA UM (CONTRA) PROJETO DE CIÊNCIA

Figura 1 -Parede da Memória



Fonte: Rosana Paulino, 1994,. Serigrafia em almofadas, 8 x 8 x 3 cm. Foto: Divulgação.

Quem sou eu? De onde eu vim? De qual lugar eu falo? Para onde eu quero ir? Passado-presente-futuro. Ali-aqui-acolá. O que foi-O que é-O que será. Tempo e espaço. O Eu e o Nós. A Vida e a Ciência. O biográfico e o teórico. Começo esta tese a partir dessas questões para afirmar a necessidade de voltar às minhas memórias para costurar narrativas autobiográficas sobre quem vos fala. Para costurar e defender uma ciência encarnada, uma ciência de carne, osso, memória, afeto e sangue.

“Parede da memória”, obra que abre este prefácio-manifesto, é da artista Rosana Paulino. Nesta, Rosana resgata 11 fotografias da sua família que são distribuídas em formato de “patuás”, peças pequenas simbolizadas como amuleto e proteção pelas religiões de matriz africana. As 11 fotografias se repetem por meio de 1500 pares, como num jogo da memória. Não há nenhuma foto da artista, mas todas falam sobre ela. É a sua árvore ancestral, sua árvore genealógica.

*O filho perguntou pro pai:
"Onde é que tá o meu avô
O meu avô, onde é que tá?"*

*O pai perguntou pro avô:
"Onde é que tá meu bisavô
Meu bisavô, onde é que tá?"*

*Avô perguntou bisavô:
"Onde é que tá tataravô
Tataravô, onde é que tá?"*

*Tataravô, bisavô, avô
Pai Xangô, Aganju
Viva egum, babá Alapalá!*

Babá Alapalá é uma canção lançada em 1977, no disco Refavela, pelo artista baiano Gilberto Gil. Em publicação no então *Twitter*, atual *X*, em 28 de dezembro de 2019, Obaràyí, Babalorixá do Ilê Axé Opô Aganjú na Bahia, explica o significado de “Babá Alapalá” nas seguintes palavras: “Babá Alapalá é um Egum. Da Ilha de Itaparica (Bahia). Babá é pai, Egum é espírito de morto!”.

Por sua vez, no Programa Roda Vida, de 23 de maio de 2023, Gil diz que a música é uma “celebração da família, a caminhada da ancestralidade até o presente, dos outros que nos antecederam na matriz africana, os que vieram de lá, os “Babás” todos, os que já se foram, os desencarnados todos que propiciam a sucessão familiar que nos trouxe até aqui...”. E anuncia: “(...)no sentido de afirmar como a humanidade continua: assim caminha a humanidade!”.

Quem foi minha bisavó? Quem foi a minha avó? Qual a história da minha mãe? A minha história é marcada pela presença das “Mamás”. Não no singular, mas no plural. Nela, os “Babás” estão presentes pela ausência. Estão presentes pela falta. “Tenho várias mães”, essa é uma frase que repito há muitos anos, é como começo a contar a minha história para várias pessoas que se interessam por ela. Sou fruto do desejo, amor e cuidado de várias mulheres.

“Mama África. A minha mãe. É mãe solteira. E tem que fazer mamadeira. Todo dia. Além de trabalhar. Como empacotadeira. Nas Casas Bahia”. A canção de Chico César se encontra muito com a história das minhas mães:

“Segundo dizem, sua bisa Bernadete foi achada na mata e criada por seu bisavô Severo e depois virou sua esposa. Teve três filhos, entre eles a sua avó Raquel. Bernadete morreu aos 27 anos, quando sua avó tinha 7. Raquel foi criada por uma tia paterna, teve oito filhos e morreu aos 42 anos, deixando entre os filhos, uma de oito anos. Uns diziam que Bernadete era índia e outros cabocla.”.

As palavras acima são de “titia”, forma carinhosa que eu e muitas outras crianças e adultos chamam minha tia Jeane, irmã da minha mãe. Foi a ela que lancei as perguntas sobre minha bisavó, minha avó, sobre a minha, a nossa história porque ela é quem ocupou e ocupa o lugar de matriarca da nossa família desde o falecimento da minha avó Raquel, sua mãe. Titia tinha apenas 17 anos e, junto com seu irmão de 18 (tio Lito), uma missão: cuidar dos seus irmãos mais novos.

*“Mama não quer brincar mais.
Filhinho dá um tempo.
É tanto contratempo.
No ritmo de vida de mama”
(Chico César, 1995).*

Foi a partir de um contratempo, de um evento crítico (Das, 1995) que a história da minha família era contada para mim e para as pessoas da minha geração: a morte da minha avó Raquel, de leucemia, aos 42 anos. Em uma semana, ela estava indo para Salvador, capital da Bahia, falando, conversando e pedindo para que o filho mais velho, tio Lito, “cuidasse de seus irmãos”. E, na outra semana, estava voltando para Alagoinhas, cidade do interior da Bahia, em um caixão, morta. Foi assim que titia, tio Lito, minha mãe e meus tios ficaram sabendo da morte da mãe deles: ao avistar o carro da funerária chegando com o caixão que trazia o corpo da minha avó. O bairro era a Baixa do Corte, bairro periférico da cidade de Alagoinhas, uma cidade de médio porte com 152 mil habitantes, de acordo com o IBGE (2020).

A cena do carro da funerária chegando trazendo o corpo da minha avó Raquel e o encontro dos olhares e corpos dos meus tios e mãe com essa cena, com esse evento, e suas reações de choro, dor e desespero, é uma cena que aparece para mim com uma intensidade e nitidez que parece que eu estava lá. Não por acaso, uma cena relatada apenas por titia. Minha mãe, por exemplo, prefere se calar, “não gosta nem de lembrar disso”, o silêncio é sua forma de gerir o vivido.

Esse contratempo, esse evento e cena, de certa forma e por muitos caminhos, se encontra com outros dois eventos da história da nossa família: o encontro da minha bisavó Bernardete na mata com meu bisavô Severo e a sua morte aos 27 anos, deixando minha avó Raquel com sete anos de idade. Não sei exatamente o que aconteceu para que minha bisavó Bernardete, ainda criança, estivesse sozinha, “perdida na mata” a ponto de ter sido encontrada pelo bisavô Severo e levada para a casa dele, tornando-se sua esposa, posteriormente.

O que sei é que é uma história que é costurada a partir de contratempos e eventos que se encontram na violência, na dor, no luto, mas também na necessidade de reinvenção, de

recomeço, de transformação do vivido. Não é por acaso que essa história costura o indígena e a negridade, que tem sua origem nas marcas da minha bisavó Bernardete, “uns diziam que Bernardete era índia e outros cabocla”.

Figura 2 - Avó Raquel



Fonte: arquivo pessoal de tia Jeane.

A avó Raquel teve oito filhos “que vingaram”, com três homens diferentes. A minha tia mais velha, tia Mary, com uma homem que não conhecemos, pois foi fruto de quando avó Raquel trabalhou em Salvador, “na capital”, “em casa de família”, como empregada doméstica. Sabe-se que era uma família de médicos e que ela engravidou do filho dos patrões, mas ela não falava muito sobre essa história. O silêncio também era sua forma de gerir o vivido.

Titia e tio Lito eram fruto de sua relação com um homem já em Alagoinhas. Um homem branco, que “trabalhava na Petrobrás”, sinal de status importante naquele território, que prometeu se casar com ela, mas já estava envolvido com outra mulher, com quem realmente se casou. Os outros 5 filhos, incluindo minha mãe, ela teve com meu avô. Homem negro que também não a “assumiu”, pois tinha outra família, a “família oficial”, com quem se casou.

Raquel, então, nunca foi “assumida” por nenhum dos pais de seus filhos. Nenhum deles se casou com ela, todos a colocaram no lugar “da outra”. Ela e seus filhos ocupavam o

lugar “dos bastardos”, da “mulher e filhos da rua”. É desse lugar marginal que nasce minha família, é esse lugar que habitamos durante muito tempo. Minha avó Raquel morreu cerca de oito anos antes do meu nascimento. O intervalo entre esses eventos foi marcado por muitos desafios e dificuldades para titia, minha mãe e meus tios. E todos seguiram morando juntos na Baixa do Corte, na casa que minha avó Raquel morou.

Houve tentativas de separar os irmãos, com a “intenção de ajudar”. Houve tentativa de meu avô de abusar sexualmente de titia, fazer dela sua amante e se tornar “chefe da casa”, enfim, inúmeros contratempos forjaram essa família. Nesse contexto, no final dos anos 1980, minha mãe Joelma conheceu meu pai Dadaí, nome como era conhecido.

Meu pai é de uma cidade do litoral norte da Bahia chamada Sítio do Conde. Ele é branco, filho de minha avó Iracema com meu avô Nilton, homem conhecido por ser “mulherengo”. Minha avó Iracema tem uma pousada no Sítio do Conde, de onde tira seu sustento até hoje. Minha mãe entra nessa cena e se apaixona de forma intensa por meu pai. “Mulherengo”, ao mesmo tempo que estava com minha mãe, estava com “as outras”. Entre elas, uma mulher parece ser “a oficial”, ou ao menos era assim que era vista e desejada por minha avó, segundo minha mãe.

Minha mãe é negra, a “mulher oficial” do meu pai à época, branca. Minha mãe conta que isso fazia diferença nas apostas da avó Iracema, na torcida dela pela outra mulher nessa disputa. “Ela era racista, dizia que não gostava de preto” - são as palavras da minha mãe ao contar essa história. Meu pai era também conhecido por ser andarilho, por não parar muito tempo em um lugar só, por ser amante da natureza, só vivia cheio de folhas e ervas. Das poucas memórias que tenho dele na minha infância era chegando, de surpresa, na Baixa do Corte, na casa que minha avó Raquel deixou e onde nasci, com folhas para chás, mudas de plantas e afins.

Meu pai estudou, era visto como inteligente, teve oportunidade, passou em concurso público, mas não conseguia ter uma “vida normal”, ter uma “rotina de trabalho como os outros”. Posteriormente foi diagnosticado com transtornos bipolar do humor e uso abusivo de múltiplas drogas. Minha mãe, por sua vez, não completou o ensino fundamental, não teve muitas oportunidades, trabalhou ora como merendeira, ora como cozinheira e sempre foi muito guiada por seus afetos e paixões.

Ela é a única dos filhos da minha avó Raquel que, após algumas tentativas de morar em outros locais, segue morando na “casa da família” na Baixa do Corte, sem um emprego e renda fixos. Muitas vezes minha mãe desabafa comigo se questionando sobre possível

maldição que se abateu sobre ela que faz com que não consiga conquistar coisas que julga importantes para si. Ao que ela nomeia de “maldição”, eu chamo de outra coisa.

Minha mãe, assim como a mãe dela, não foi “assumida” por meu pai quando do meu nascimento. Poucos meses após o meu nascimento, nasce meu irmão fruto da relação de meu pai com “a outra”, “a mulher branca”, que tinha origem em Portugal, da mesma forma que a família do meu pai também tem. Apesar dessa proximidade, a distância e diferença no modo de tratamento da minha avó comigo e com meu irmão é imensa. Ele conviveu com ela, foi “ajudado”. Eu, apesar de algumas vezes ir para a sua casa junto com minha mãe durante a minha infância, sempre ocupei o lugar que já habitava minha família: “os bastardos”, os outros.

Figura 3 - Meu pai, eu e minha mãe



Fonte: arquivo pessoal

Sol-terra-ar. So-la-ter-rar. Meu nome foi escolhido por meu pai. Por sua vinculação com a natureza e as coisas da terra, criou um nome a partir dos seus elementos. Durante minha infância, escutava que eu parecia com ele, seja na aparência, seja no sorriso, seja pela “bondade”, como diziam. Mas, para mim, durante muito tempo a única coisa que tinha do meu pai era o nome que ele inventou para mim. Na foto estamos na Baixa do Corte em um dos meus aniversários organizados por titia.

Nome esse que me rendeu algumas chacotas no tempo da escola. Escolas que, inclusive, durante muitos anos representou o lugar do encontro com o sonho de uma vida

diferente, de um novo mundo, mas, também, lugar de encontro com violências e dores. Foi na escola que comecei a escutar chacotas, ofensas, acusações sobre “meu jeito”: bicha, boiola, viado, bailarina, de um lado, beijola, do outro. Era o encontro entre as minhas marcas de gênero, sexualidade e raça.

“Bicha louca” era uma expressão que cresci escutando como referência a alguns homens que afrontam as normas e performances de gênero esperada para eles. De alguma forma, entendia que aquilo também se encaixava comigo, seja ao ser chamado de viado pelos colegas da escola, ao ser questionado em público por uma professora de matemática sobre meu “jeito delicado”, ser chamado de “Lela” por alguns vizinhos (um dos meus apelidos desde a infância é Lelo/Lelinho).

Ou simplesmente por gostar de brincar de “boneca e casinha” e de ouvir Sandy e Junior, “coisas de menina”, como escutava. Lembro de um tio meu me ensinando a levar o caderno da escola da “forma correta”, como “homens devem fazer”. Eu costumava pegar o caderno como quem pega um bebê nos braços, com os braços cruzados, ele me ensinou a pegar o caderno com os braços esticados, como um homem de negócios que carrega sua pasta consigo. A igreja e as suas “sessões do descarrego” eram um pesadelo para mim, pois era o clímax de tudo isso. A possibilidade do encontro com “satanás”, com “o encosto do homossexualismo”, com o “demônio da perdição” era um fantasma que me assombrava dia e noite.

A loucura poderia chegar pelo fato de que “estudava demais”. Para minha família e pessoas próximas, iria “endoidar de tanto estudar”. Para mim, os estudos eram uma forma de me salvar, de inventar um novo futuro para mim, e para os meus. As questões de ordem sexual de gênero se encontraram com a possibilidade do enlouquecimento quando, por volta dos 14/15 anos comecei a estudar numa escola mais renomada na cidade, escola “de gente rica”, achava, a partir da oferta da possibilidade de pagar a minha escola feita por meu tio Lito e sua esposa, tia Lene (antes disso já havia estudado em escolas particulares menores, no jardim de infância, porque tia pagava, e depois a partir da antiga 6ª série do ensino fundamental, pela aposta de tia Lú em mim). Lembro dos primeiros dias de aula, da sensação de “peixe fora d’água”, de desencaixe, de não lugar.

Sensação que já conhecia porque depois que as minhas tias-mães saíram de casa e minha mãe se casou com o pai do meu irmão e foi morar com ele, passei a morar cada período na casa de uma das minhas tias-mães. Lembro que “fiquei estranho”, algo em mim estava sendo modificado a partir do encontro com esse novo mundo da “escola de rico” e com o avançar da adolescência. Passei a ter pensamentos e sentimento de que todos estavam me

olhando, que sabiam sobre mim, que tinham acesso ao meu maior fantasma: descobrirem sobre meus desejos e sentimentos homossexuais.

Passava noites e noites acordado “orando a Deus” para “tirar aquilo de mim”, “me fazer celibatário” ou “morrer”, afinal, era melhor morrer ou ser celibatário do que decepcionar titia. Titia passou a ser evangélica quando eu ainda era criança. Apesar disso, ela sempre foi uma das pessoas mais cuidadosas e respeitadas com relação à minha orientação sexual. Passada essa fase, a escola voltou a ser um local onde poderia realizar meu sonho de ser médico, de “ser doutor”.

A questão racial também me atravessava, ainda que só depois de um tempo fosse me dar conta. Era “clarinho” demais para ser preto e “moreno” demais para ser branco. Lembro que quando a questão racial aparecia algumas vezes nas conversas entre os amigos na infância, ninguém se dizia negro. Era como se em Alagoas não houvesse negros na década de 1990. As pessoas oscilavam entre o branco, o moreno claro, o moreno e o moreno escuro. Preto e negro eram categorias ofensivas naquele contexto.

Lembro quando certa vez uma colega me disse que eu era “moreno claro”, que era “mais clarinho” que eles, que tinha “cabelo bom”. Meu cabelo era mantido sempre baixo, não deixavam ele crescer, mas o imaginário era o de que meu cabelo era bom, era melhor do que o “cabelo duro” dos outros meninos. Não por acaso, houve certo espanto e “reprovação” quando, anos depois e já morando no Rio de Janeiro, deixei o cabelo crescer. Lembro da sensação de alegria, prazer e alívio ao ser empurrado para mais próximos dos brancos do que dos “morenos escuros”.

Quando fui morar em Salvador para fazer o curso de psicologia com 17/18 anos, a questão racial foi ganhando outros contornos. Salvador é a cidade mais negra fora de África, lá me dei conta de que não era tão clarinho assim, ainda que não fosse preto. Lembro de uma amiga branca, de classe média alta, que me dava carona para a faculdade em seu carro, poupando-me do ônibus, quando da vitória de Obama para a presidência dos EUA, me comparar com ele, me aproximar dele com relação a cor da pele. Estávamos no carro voltando de uma aula, e lembro que fiquei em silêncio. Com os pensamentos em ebulição. Era um ponto importante do meu processo de tornar-se negro, como nos ensina, a também baiana, Neusa Santos Souza.

Gloria Anzaldúa (1987) conceitua o que chama de “Borderlands/La Frontera” para se referir à experiência de ser “mulher mestiça”, das fronteiras entre os EUA e o México, mas também e sobretudo das fronteiras raciais, de gênero, de classe, fronteiras fixas, rígidas herdadas pelo binarismo ocidental. A partir disso, ela propõe a noção de “consciência

mestiça”, uma forma de viver livre “a violência gerada pelo binarismo positivista que permeia o pensamento ocidental” (Torres, 2005, p.721).

O lugar do entre, da borda, do meio, do lugar da fronteira, o “estado de *nepantla*, palavra nahuatl (também chamado de asteca/mexicano) que significa “lugar no meio” (Torres, 2005, p.721). Lugar que nos orienta a “extirpar de forma massiva qualquer pensamento dualista no indivíduo e na consciência coletiva representa o início de uma longa luta, que poderá, com a melhor das esperanças, trazer o fim do estupro, da violência, da guerra”. (Anzaldúa, 1987, p.80, tradução: Torres, 2005).

Durante muito tempo, ocupar o lugar do entre, o lugar de pardo, o branco e o preto, me causou angústia pela sensação de não lugar racial, por representar o projeto inacabado do branqueamento, do eugenismo brasileiro. Hoje, junto com Anzaldúa e o bonde todo, entendo e sinto que, não sem tensões, ser um corpo fronteira, um corpo pardo, um corpo mestiço, habitar a borda, a beira, como diria Estamira, me coloca frente a uma responsabilidade ética imensa para com os dois “polos” desse binarismo, me faz reafirmar que há muitas possibilidade de ser e estar na vida e no corpo para além do branco e do preto, para além do moreno claro e do moreno escuro. Que há, inclusive, muitas possibilidades de ser e estar na vida que não passem pela raça, como um marcador não só de diferenças, mas de desigualdades.

Mesmo que saiba que, ao menos por enquanto, ainda precisaremos acionar o lugar de raça para denunciar as violências, destruir este mundo e construir um mundo novo. Mesmo sabendo que a ideia de raça é uma ficção tornada verdade, é um dos dispositivos ilusórios de gestão de pessoas e populações, de gestão da vida pela morte, mais bem sucedidos da história recente da humanidade.

A classe e o território não estão fora dessas experiências, já que o corpo, a experiência, a vida não é vivida pela fragmentação que o saber moderno-colonial, que o saber positivista e cartesiano nos ensinam que deve ser. Se tinha uma certeza que carregava comigo era a de que era pobre, de que teria que estudar e trabalhar para ter acesso às coisas que sonhava, aos lugares que desejava. Ainda que titia, representando os meus, jamais tenha me deixado faltar o necessário para viver, indo muito além dele, inclusive.

A nossa casa era um ponto de encontro no bairro, estava sempre cheia de crianças, sobretudo aos domingos, único dia em que titia estava em casa e fazia com que aquele dia fosse tão mágico que parecia que durava uma semana. Ainda hoje posso sentir o cheiro das “comidas de domingo”, posso sentir a alegria de ter sido criança criada nessa família, nesse bairro, nesse lar. Titia era a pessoa que reunia as crianças para ensaiar para as apresentações

musicais nas festas coletivas que fazíamos na rua, nos dias das mães e dias das crianças, por exemplo. Nossa casa era como um quilombo, era o lugar de encontrar, imaginar, dançar, brincar, comer, fantasiar um mundo mais colorido, um mundo mais bonito. De certa forma, era um modo de (re)existir diante dos contratempos.

As questões relativas ao território, por sua vez, apareciam desde os estigmas sobre o bairro que morava, Mangalô, ser perigoso, o que me fazia ter vergonha e mentir algumas vezes sobre o local onde morava. Até o encontro com o Rio, e o sudeste, sendo um baiano, um nordestino. Há muitos brasis em um só Brasil. O norte e o sul não são definidos apenas a partir da geopolítica global, em escala nacional, também encontramos os movimentos de subalternização e tentativas de colonização entre sul/sudeste e o norte/nordeste. Não por acaso, por inúmeras vezes, o lugar de baiano/nordestino vinha antes de tudo. Seja pela pressuposição de que eu “jogava capoeira”, seja pela negação do uso de palavras que faziam parte do meu vocabulário para nomear as coisas (como “mungunzá”, por exemplo), seja pela centralidade e hegemonia de autores do sudeste no meu campo de atuação/pesquisa.

“O que você quer ser quando crescer?”. Essa pergunta me conduziu, desde muito cedo, a entrar em contato com o desejo de trabalhar com a loucura, com “pessoas doidas”. Atribuo parte disso ao encontro com Maria Doida e Neném Pequeno, pessoas negras, doidas e em situação de rua que passavam diariamente em frente a minha casa. Os adultos lançavam chacota e diziam que deveríamos ter medo deles. Do medo, veio a curiosidade de me aproximar, entender, conhecer mais, de trabalhar com pessoas como eles.

Até aquele momento, para trabalhar com “gente doida”, com a loucura, deveria ser médico psiquiatra. Minhas tardes de domingo eram nas casas das vizinhas, uma delas era a casa de Del, ela havia sido amiga da minha avó Raquel, morava ao lado da nossa casa, deu muito suporte a titia e também cuidou de mim quando titia precisava sair para trabalhar, não nas “Casas Bahia”, como canta Chico César, mas num supermercado famoso da cidade.

Figura 4 - Leila, eu e Del



Fonte: arquivo pessoal

A foto acima é do dia 26 de setembro de 2021, um domingo, na Baixa da Candeia, Alagoinhas, em frente a casa de tia. Nela estão, da esquerda para a direita: Leila, eu e Del. Era na casa de Del, dessa querida que de muitas formas também se fez família para mim, que passava as tardes junto com sua filha e minha amiga Leila e a nossa amiga Pollyana, que também tinha o sonho de ser médica. A possibilidade de “virarmos doutores” era incentivada por Del, Leila, família e vizinhos. Era como se, mesmo diante das dificuldades e pedras que encontrávamos no caminho, em algum lugar e com muita certeza elas já soubessem que chegaria ao momento de entrega dessa tese, não como condição para virar médico, já que meu desejo me guiou para a psicologia, mas como condição para “virar doutor”.

Reverendo essa fotografia e escrevendo esse texto me dei conta, com aperto no peito e saudade, de que muito provavelmente esse foi o meu último encontro pessoalmente com Del, já que logo em seguida retornei para o Rio e ela faleceu em dezembro do mesmo ano. Mesmo não estando fisicamente entre nós, não tenho dúvidas que ela segue comigo na missão de “virar doutor”.

Eu sou um, mas também sou muitos. A coletividade sempre foi um modo de gestão da vida no lugar de onde eu vim. Sem essa coletividade não teria sido possível para tia cuidar de mim e da minha prima-irmã Thiala, companheira inseparável, enquanto trabalhava. Sem os vizinhos não teria sido possível sonhar em “fazer UFBA”, sem minha família e tios que apostaram em mim, não poderia ter sonhado em morar no Rio para fazer residência, como fiz em 2016. Muito menos ter feito mestrado e doutorado. Jamais teria sido possível ter chegado ao lugar de gestor, de diretor de um CAPS II/III no território da Baixada Fluminense.

Figura 5 - Foto dos 8 filhos da avó Raquel



Legenda: Da esquerda para a direita: Tinho, tio Gordo, titia, tio Lito, tia Mary, tia Lú, tio Bó e minha mãe.
Fonte: arquivo pessoal.

Eu sou um projeto coletivo. Sou um *Corpo Quebra-cabeça* costurado a muitas mãos, com suor, carne, sangue, desejo, esperança, morte e vida de muitas. Um corpo forjado no passado-presente-futuro. É com esse corpo-existência que construí essa pesquisa, que escrevi essa tese. Entendo a pesquisa científica, a investigação científica como uma prática reflexiva e social (Spink, 2010; Iniguez-Rueda, 2003; Ibanez, 2004), um ato de reflexividade que, na perspectiva construcionista, direciona o olhar para a interação, o discurso e seus significados compartilhados (Linda Finlay, 2002, p.534). Mas, a entendo também como uma prática de auto-reflexividade (Giddens, 2002), ou seja, onde o discurso, significados e narrativas de si têm importância.

Não teria sido possível morar em Salvador durante os 5 anos da graduação (2009-2014) em psicologia sem o suporte de tia Lene, e tio Lito, que me convidou para morar com eles durante esse período, me fazendo acreditar que seria possível realizar esse sonho e me dando todo suporte necessário durante esse tempo. O suporte de tia Mary, tio Gordo, Tinho e tio Bó também foram essenciais nos anos da infância/adolescência. Cada um a seu modo e todos de muitas formas, me trouxeram até aqui. Foi o cuidado coletivo deles, a rede costurada coletivamente por todos, incluindo os vizinhos que também são nossa família, que me amparou e me tornou quem eu sou.

Por tudo isso, que este prefácio é antes de tudo um manifesto. Um prefácio-manifesto por e para um (contra) projeto de ciência. Um prefácio-manifesto “anti-Eco e anti-Ego”, um

“receituário contra o receituário” (Mendonça e Figueiredo, 2023, p.8), como me ensina e me inspira os queridos André Mendonça e Nilcéia Figueiredo sobre “como se faz uma tese... descolonizada”. No fundo no fundo, meu desejo era que essa tese fosse um vídeo, um documentário, uma imagem, uma carta, uma música, uma performance corporal. E espero que quem for me ler me leia assim.

Mas, como ainda cultuamos na academia e na ciência a “forma padrão amorfa”, o modelo herdado e aprendido pelos “conselhos de Umberto Eco” sobre “Como se faz uma tese”, me somo a Mendonça e Figueiredo (2023, p.7) para defender a “diversidade e pluralidade das formas de escrita acadêmica/científica”. É um prefácio-manifesto “contra o método”, para matar o tempo. Um alerta para uma tese com uma escrita encharcada por minhas vivências, meus afetos, meus desejos, contaminada por meu corpo e também por minha racionalidade, uma escrita mais além do discurso sobre o método de Descartes (1994). Uma escrita que dá adeus à razão (Feyerabend, 2010) dos racionalistas e aos sentidos dos empiristas, pois aposta que não existe corpo sem mente, emoção sem intelecto, pensar sem sentir.

A aposta de escrever essa tese em primeira pessoa, a partir de elementos também autobiográficos, a partir de narrativas não apenas dos outros e seus objetivos, mas também narrativas de mim e dos meus encontros com o mundo, de elementos auto-etnográficos, parte da proposta de tecer uma crítica epistemológica sobre o modo de produção do conhecimento a partir da neutralidade, do universal e da separação entre sujeito e objetivo. E quando aquele que sempre estive no lugar de objeto está ocupando o lugar de sujeito?

“O lixo vai falar, e numa boa!”, nos disse Lélia Gonzalez (1984). O pesquisador que vos fala aqui, é um pesquisador que ocupa e toma uma posição, que não se mantém em cima do mundo observando a vida acontecer. É um pesquisador que constrói conhecimento como sujeito implicado (Filho, Narvai, 2013).

Um pesquisador que aposta na metodologia do encontro (Gonzaga, 2019, p.82), numa forma de (des)fazer ciência onde “as minhas cicatrizes são minha própria pele, meu próprio sexo, meu próprio peso, meu próprio cabelo, minha própria vida é indício de que sobrevivi e não de que me safei”. Numa forma de (des)fazer ciência por meio do encontro, não qualquer encontro, mas aquele onde não me coloco do lugar asséptico e assimétrico de pesquisador imparcial, “mas sim, uma sobrevivente da mesma guerra que as mulheres que encontrei, somos malungas dessa travessia que já não é sobre o Atlântico, mas sobre o território que se convencionou chamar Brasil” (p.82).

Quem nos deu permissão para praticar o ato de escrever? Por que escrever parece tão artificial para mim? Eu faço qualquer coisa para adiar este ato — esvazio o lixo, atendo o telefone. Uma voz é recorrente em mim: Quem sou eu, uma pobre chicanita do fim do mundo, para pensar que poderia escrever? (Anzaldúa, 1981/2000, p.230).

A frase acima é da Gloria Anzaldúa no texto “Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo”. Neste, Gloria nos ensina que a separação entre vida e teoria, entre experiência e academia é artificial, é uma mentira contada para nós. Indo nessa mesma direção, temos Haraway (1995), pela a noção de “saberes localizados” e Patrícia Hill Collins (1997), e o “*standpoint*”. No contexto nacional, a poeta e escritora Conceição Evaristo (2017) nos brinda com a sua “escrevivência” enquanto ferramenta pedagógica e metodológica das mulheres negras e do feminismo negro. Em suas palavras, “a nossa escrevivência não é para adormecer os da casa-grande, e sim acordá-los de seus sonos injustos” (Evaristo, p.11, 2020).

Quem sou eu, um pobre menino sonhador da Baixa do Corte, para pensar que poderia escrever? Mais ainda, quem me deu ousadia para pensar que além de escrever poderia subverter um pouco das lógicas canônicas e escrever a partir de minha história, de meu corpo, de meu lugar de origem? Os fantasmas, medos e inseguranças seguem comigo, não por acaso demorei para me aproximar dessa tese, demorei para sentir que seria capaz de escrevê-la, demorei para me autorizar a fazê-la.

Sharpe (2023) fala em “autoteoria” para defender que “acho que todos somos orientados aos nossos trabalhos pelos nossos próprios corpos e experiências. Enquanto algumas pessoas podem mascarar isso e chamar de objetividade, eu precisava posicionar a mim mesma”, posicionar a sua história com a trajetória de outras pessoas negras, ligar “o pessoal ao estrutural”. Grada Kilomba (2019), ao refletir sobre a margem e o centro, nos ajuda a enfrentar a crítica de que nosso “conhecimento é muito pessoalizado”. Críticas que, segundo ela, são como formas de nos devolver para a margem, para o silêncio, para o desconforto, forma de nos fazer seguir sendo “peixe de água doce no mar, um peixe de água doce na água salgada”, de seguir nos fazendo sentir como um peixe fora d’água. Um modo de nos fazer sentir a densidade que torna a leveza insustentável de carregar.

“Não é no papel que você cria, mas no seu interior, nas vísceras e nos tecidos vivos-chamo isto de escrita orgânica” (Anzaldúa, 2000/1981, p.235):

Joguem fora a abstração e o
aprendizado acadêmico, as regras, o
mapa e o compasso. Sintam seu caminho

sem anteparos. Para alcançar mais pessoas, deve-se evocar as realidades pessoais e sociais — não através da retórica, mas com sangue, pus e suor (p.235).

É na soma das vozes dessas mulheres que me gestaram, me cuidaram, me ensinaram e me inspiraram que esta tese é costurada. É uma passagem ao ato, é o ato de voltar ao encontro comigo mesmo para retomar coisas que nos tiraram no passado-presente-futuro. Um ato de reparação, portanto. Um ato de cuidado e cura. Somos o sonho daqueles que sonharam antes de nós. Eu sou o sonho da minha bisavô Bernardete, da minha avó Raquel, das minhas mães Joelma, titia Jeane, tia Lú, tia Lene, Del, tia Gilmara, tia Mary e tantas outras que me trouxeram até aqui.

Figura 6 - Três eventos na minha vida



Legenda: a) Aniversário de 1 ano;
 b) Aniversário de 04 anos na escolinha;
 c) Defesa de mestrado em 2020.

Fonte: arquivo pessoal.

“They dont, dont know how hard I had to fight for this”, diz Beyonce (2024) em uma de suas canções. Eles não sabem o duro que dei para chegar até aqui. Essa tese foi costurada com sangue, pus e suor. Com choro, desesperança e cansaço. Mas, também com sobrecarga de amor e cuidado de muitas pessoas. Entre elas, Silvan Bandeira, meu marido que conheci no Rio de Janeiro e que segurou minha mão e trouxe cuidado, amor e respeito ao tempo, às ausências e aos sacrifícios que envolve fazer uma tese.

Figura 7 - Eu e Silvan na Igreja do Senhor do Bonfim



Fonte: arquivo pessoal

Meus passos vêm de longe, venho da Baixa do Corte, me fiz um homem cis, negro (pardo), viado, nordestino, baiano do interior da Bahia. Sou psicólogo, trabalhador e militante do campo da luta antimanicomial, do campo de saúde mental e Reforma Psiquiátrica brasileira, gestor e supervisor clínico-institucional de CAPS III no território da Baixada Fluminense. Eu sou um, mas também sou muitos; falo por mim, mas também falo com os meus. Falo como o homem de hoje para o menino que fui e, em alguma medida, ainda sou. Falo para esse menino que fui, esse menino que era motivo de chacota na escola e que era chamado de “viado, bailarina, beicola”... um menino que carregava consigo uma sensação de deslocamento, de não pertencimento, de desajuste.

Esta tese é escrita a partir da minha “parede da memória”. Ela é escrita para mim, mas sobretudo para a criança que fui. Para ela e para elas, mulheres que me gestaram. Um ato reparatório para que a minha criança, o Lelinho da Baixa do Corte, possa seguir AFRontando a Casa-grande (Gonzaga, 2019) e botar a cara no sol (Solaterrar, 2020).

QUEM TEM MEDO DO COMEÇO? TRILHAS E ANDANÇAS INICIAIS

*Do fogo que em mim arde
 Sim, eu trago o fogo, / o outro,
 não aquele que te apraz. / Ele queima sim,
 é chama voraz / que derrete o bivo do teu pincel
 incendiando até as cinzas / o desejo-desenho que fazes de mim
 Sim, eu trago o fogo, / o outro,
 aquele que me faz, / e que molda a dura pena
 de minha escrita. / É este o fogo,
 o meu, o que me arde / e cunha a minha face
 na letra desenho / do autorretrato meu.
 (Conceição Evaristo).*

*“(...) Não sou legível.
 Não sou entendível.
 Sou meu próprio Deus, meu próprio santo, meu próprio poeta.
 Me olhe como uma tela preta, de um único pintor.
 Só eu posso fazer minha arte.
 Só eu posso me descrever.
 Vocês não têm esse direito.
 Não sou obrigado a ser o que vocês esperam!
 Somos muito mais!”*

(Baco Exu do Blues, 2018)

Os começos, por mais desejados que sejam, não costumam ser tarefas simples. Quando se trata de (re)começar, o desafio é ainda maior. Esta tese é sobre fins, mas também sobre (re)começos. Começar a escrevê-la não foi tarefa fácil. Ela foi gestada numa das maiores emergências sanitárias dos últimos tempos: a pandemia de COVID-19. Ela foi gestada em meio ao medo, à incerteza, à dor, ao luto e à esperança. Ela foi construída numa conjuntura e num tempo gravemente mortal. Numa conjuntura e num tempo que intensificaram as tintas e as tecnologias de morte.

“Podemos dizer que os tempos presentes são gravemente mortais” (Flor do nascimento, 2020) por inúmeros motivos, mas não há como desconsiderar os efeitos que a pandemia de COVID-19 provocou no acirramento dos tons necropolíticos nos dias atuais. Com Mbembe (2017), aprende-se que estamos em “um tempo de repovoamento e de globalização do mundo sob a égide do militarismo do capital e, como derradeira consequência, um tempo que promove a saída da democracia (ou a sua inversão)” (p.21). Uma análise histórica nos mostra que esta “saída da democracia” não é um dado novo. Ao lançar um olhar para o contexto da história da loucura, para ficarmos no âmbito a que se propõe esta tese, pode-se perceber e nomear como um dos efeitos da “brutalidade das democracias” (Mbembe, 2017) a brutalidade dos manicômios, instituições forjadas para

excluir, tratar (por que não colonizar?) e mortificar o sujeito nomeado como “louco”, “doente mental” etc.

O movimento histórico e estrutural de estigmatização da pessoa tida como “louca”, logo lida como “improdutiva” e “inútil” para o trabalho e *modus operandis* do capitalismo neoliberal, é uma cena perfeita das expressões dessa sociedade que reiteradamente coloca o “louco” no lugar de resto, no quarto de despejo (Jesus, 2001). E, quando além de “louca”, essa pessoa é negra e moradora da Baixada Fluminense? A Baixada Fluminense é um território que faz parte da região metropolitana do Rio de Janeiro formada por 13 municípios¹. Na “partilha geográfica racial” (Oliveira, Cunha, Gadelha, Santos, Carpio, Oliveira, Corrêa, 2020) o território da Baixada Fluminense vem ocupando posições de bastante vulnerabilização em termos de violências estruturais, violência e dificuldade de acesso a direitos e recursos básicos. Das 10 cidades com maior taxa de pessoas negras mortas pela polícia, 06 pertencem a este território².

Fundamental ressaltar que a Baixada Fluminense não é definida apenas pela violência, pelo racismo e pela pobreza, como assinala Barreto (2004, p.49), a região é “locus de diversos trabalhos cujos objetos vão desde estudos de comunidades e de práticas de medicina popular a religiões afro-brasileiras”, como é o caso do trabalho da Andreia Loyola (1983) intitulado “Médicos e curandeiros: conflito social e saúde”.

Segundo Barreto (2004), “o interesse de pesquisadores pela Baixada foi despertado principalmente a partir das décadas de 1970 e 1980, com desdobramentos na relação entre política, movimentos sociais e religião” (p.49). A autora destaca que antes mesmo das pesquisas, “já havia uma produção de intelectuais da região, ou “nativos”, sobre a Baixada Fluminense, ligada, fundamentalmente, à sua história local. Ver, por exemplo, Pereira (1970 e 1977) e Peixoto (1968), além de relatos de viajantes do século XIX” (p.60).

¹ Há disputa quanto a definição dos municípios da Baixada Fluminense, aqui adoto a definição mais ampla, que considera 12 municípios, a saber: Itaguaí, Seropédica, Paracambi, Japeri, Queimados, Nova Iguaçu, Mesquita, Nilópolis, Belford Roxo, São João do Meriti, Duque de Caxias, Magé e Guapimirim. Com um território de mais de 80km e população de mais de 3, 7 milhões de pessoas. O município mais próximo da cidade do Rio de Janeiro é Duque de Caxias, que fica a 13km. A Baixada equivale a 23% da população do Estado do Rio de Janeiro. De acordo com Mayra Honorato (2020, p.12), “por não haver uma definição geográfica, apenas política, do que é a Baixada Fluminense, a auto declaração de pertencimento de alguns municípios a região é pendular, ligada a trunfos de interesses políticos. Os municípios de Paracambi, Guapimirim, Itaguaí, Seropédica e Mangaratiba nem sempre proclamam ou são reconhecidos como pertencentes à Baixada, questões como a posição geográfica, recursos materiais do Governo do Estado, legado geo-histórico e representação hegemônica regional, são alguns dos fatores que interferem nesta dinâmica”.

² De acordo com dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública de 2021. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2021/11/23/taxa-negros-mortos-pela-policia-no-pais-forum-de-seguranca-publica.htm>. Acesso: 10/05/2024.

Destaco ainda a pesquisa de dissertação da Mayra Honorato (2020) intitulada “Racismo, saúde mental e território: percepções e vivências de lideranças do Movimento Negro de Nova Iguaçu” que teve como objetivo “identificar, através dos pontos de vista de lideranças do Movimento Negro da cidade de Nova Iguaçu, as relações feitas a partir da interação entre o racismo, a saúde mental da população negra e seu território” (p.6). Ao discutir sobre raça, território e saúde mental a partir da perspectiva do movimento negro de Nova Iguaçu, Honorato (2020, p.60) afirma que “ao final do trabalho de campo percebi que todas as lideranças entrevistadas enxergavam uma forte relação entre o racismo e a saúde mental da população negra, e percebiam a sua própria saúde mental afetada de alguma forma ao longo da vida”.

Relatos e sentimentos de “inferioridade, a dor, a raiva e os períodos de tristeza aguda estavam presentes em todas as narrativas ao debater o racismo” (p.60). A autora nos lembra que “Moura (2004) define banzo como um estado de depressão psicológica, primeiramente registrados em africanos sequestrados no continente africano, e posteriormente em negros escravizados que viviam em cativeiro.” (p.67). Entretanto, muitas lideranças do movimento negro de Nova Iguaçu destaca que também há “o lado positivo de se perceber a estrutura racista: a oportunidade de descobrir e construir narrativas negras positivas, e o sentimento de pertença e identificação com um coletivo.” (p.60).

A Baixada Fluminense é território majoritariamente negro. Não por acaso, como nos informa Bezerra (2013), Oliveira (2012), Oliveira e Rocha (2014) e Honorato (2020), “a região teve a imagem construída como terra sem lei, terra de ninguém, pela falta de estrutura urbanística, pela condição histórica de pauperização, abandono e falta de políticas públicas” (Honorato, 2020, p. 81).

No plano micropolítico, como desconsiderar os efeitos que o nanoracismo cotidiano provoca na auto-estima, nos processos de subjetivação e modos de produzir saúde-doença das pessoas deste território? Quem está morrendo? Quem seguirá morrendo pela polícia, pelo estado, pelos saberes científicos, pelos “saberes psis” por meio do excesso de medicalização e patologização do sofrimento? Partindo do feminismo negro (Ferreira da Silva, 2016; Quilomba, 2019a,b,c), da perspectiva decolonial (Quijano, 2009) e contra colonial (Santos, 2023) e do aporte conceitual do Fanon (2008, 2012, 2015, 2020) e Mbembe, sobretudo sobre “necropolítica” (2018a), “política da inimizade” (2017) e “devir negro do mundo” (2018) espera-se endossar “o coro de vozes que denunciam o caráter racista, genocida e mortífero do projeto moderno colonial da sociedade ocidental” (Oliveira, Cunha, Gadelha, Santos, Carpio, Oliveira, Corrêa, 2020, p.03).

Lugones (2010) propõe a noção de “sistema de gênero moderno colonial” para pensar e compreender o que chama de “hierarquia dicotômica entre o humano e o não humano como a dicotomia central da modernidade colonial” (p. 935). A escravidão negra no Brasil representa, ainda hoje, o fato histórico-social mais contundente na formação social do nosso país (Moura, 1983). Ainda assim, o racismo e o passado colonial são experiências traumáticas que têm sido ignoradas (Kilomba, 2019) sistematicamente pelo saber-poder hegemônico. Na esteira de tal denúncia interessa, na pesquisa de doutorado, aprofundar a discussão sobre a articulação entre a cor/raça, a partir de uma perspectiva interseccional, na gestão (Souza Lima, 2002) do cuidado da chamada “loucura” e do sofrimento de pessoas negras do território da Baixada Fluminense.

A pesquisa se situa no desafio de articulação e diálogo entre os estudos sobre raça/racismo, sobretudo a partir do feminismo negro, do pensamento contracolonial e da luta antimanicomial, por meio do paradigma da atenção psicossocial. Esse trabalho propõe sustentar uma discussão racializada no campo da saúde mental. Para efetivar uma aproximação com esses campos de estudos, defende-se a perspectiva analítica interseccional. Nesse mote, para ser possível se aproximar e empreender uma reflexão articulada das diferentes categorias aqui pensadas (saúde mental – pessoas com o estigma da loucura ou com diagnóstico de transtorno mental, raça – pessoas negras e tendo as categorias de classe, gênero e território transversalizando os campos) propõe-se pensar a diferença como ferramenta analítica (Brah, 2006, Piscitelli, 2008, McClintock, 2010; Moutinho, 2014).

A presente pesquisa nasce a partir da minha experiência prévia enquanto pesquisador e trabalhador do campo da saúde mental por meio da gestão e supervisão de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no território da Baixada Fluminense, em dois municípios que, por questões de preservação, não serão citados. Atuo em um desses municípios território desde maio de 2018 e no outro desde novembro de 2021. Implantamos o CAPS III no primeiro município, serviço com funcionamento em regime 24h, em junho de 2020, ou seja, no primeiro ano da pandemia de COVID-19. Para os usuários dos serviços de saúde mental destes territórios, que já vivem isolados na periferia das cidades ou do estado do RJ, a pandemia agravou os sofrimentos sociais (Kleinman, Das e Lock, 1997) preexistentes.

Darei o nome fictício de Jacutinga para o município que foi território e campo de trabalho e pesquisa para esta tese. Jacutinga foi escolhido por simbolizar a memória indígena atrelada ao território em questão. Memória essa violada e apagada pela colonização portuguesa que faz com que a grande maioria dos seus moradores não saibam da ligação deste território com os indígenas chamados de Jacutinga, como será explorado no capítulo três.

A aposta na experiência pessoal como trabalhador e militante do campo da saúde mental como o fio condutor desta pesquisa faz parte da premissa de se aproximar de uma perspectiva afroindígena de mundo, de uma epistemologia aterrada (Santos, 2020) em contraposição à leitura de mundo do pensamento moderno ocidental. Para Machado (2019), “desde a cosmopercepção africana aprendemos com nossas vivências/experiências, com nossas andanças, chegadas e partidas, nosso caminhar, o *Odu* que tece nosso estar no mundo, o corpo que nos permite ser em toda nossa integridade, ser de corpo inteiro” (p. 57).

A partir da pesquisa que deu origem a dissertação defendida em 2020 intitulada “Sobre AFROntar a Casa-grande e colocar a cara no sol: uma etnografia transviada de formas de gestão do sofrimento”, apresento uma aposta política-teórica-ética-metodológica para revisitarmos as noções clássicas do sofrimento do campo dos “saberes psis” (psicologia, psicanálise e psiquiatria) e do campo da saúde mental e atenção psicossocial. A aposta de historicizar o sofrimento da gente e povo que vive ou viveu no território brasileiro é uma estratégia inegociável para não seguirmos medicalizando e patologizando os efeitos do racismo, da fome, da pobreza, da violência doméstica, enfim, do trauma colonial (Fanon, 2008; Lima, 2018; Kilomba, 2019).

Como fruto dessa pesquisa, chego ao conceito de “sofrimento encruzilhado” (Solaterrar, 2020). O sofrimento encruzilhado é o sofrimento interseccional, o sofrimento localizado, marcado pelas diferenças que fizeram a diferença na vida das pessoas, é o sofrimento que nos ajuda a (re)contar a nossa história. Se na dissertação defendeu-se que a leitura do sofrimento e seus “sinais e sintomas” precisa mudar e considerar os marcadores sociais da diferença na gestação desse sofrimento, precisa, enfim, se encruilhar; na pesquisa atual espera-se investigar como este mesmo sofrimento vem sendo gerido pelas equipes de saúde mental dos territórios supracitados. Ou seja, se a leitura do sofrimento precisa mudar e se encruilhar os modos de gerir e cuidar dele também. Pretende-se, nesta pesquisa, visitar tal conceito a partir da categoria do cuidado e do campo das práticas.

Parte-se, então, do pressuposto de que precisamos pensar nos perigos da atualização da lógica da institucionalização e do manicômio operando a partir das respostas de cuidado que temos produzido para as pessoas subalternizadas do território da Baixada Fluminense. Essas respostas reiteradamente têm sido os diagnósticos, as medicações, as psicoterapias, os projetos terapêuticos singulares (PTS) nos CAPS. Tais respostas, quando não dialogadas com os marcadores sociais e dinâmicos de cada pessoa e se não construídas interseccionalmente a partir de uma leitura sócio-histórica, seguirão engendrando instituições manicomiais em corpos dissidentes (Solaterrar, 2020) ou dessemelhantes (Mbembe, 2017).

No que tange a categoria do cuidado acionada nesta tese, trabalha-se com uma perspectiva que se aproxima do que Fazzioni (2018) defende de aproximar o conceito de cuidado ao de “habitar e construir”. Ou seja, o cuidado é acionado a partir da “necessidade de que as políticas de saúde recuperem de forma crítica o conceito de território, considerando-o em toda a sua complexidade, geográfica, social e antropológica” (Fazzioni, p. 35). Parte-se, portanto, da premissa de que o território nacional (Brasil) e local (Baixada Fluminense na especificidade de cada município) precisa ser levado em consideração em todo e em cada ato de cuidado (Kleinman, 2015) gestado pela atenção psicossocial.

Por outro lado, leva-se em conta as reflexões de Araújo (2018) que argumenta que “uma abordagem menos normativa do cuidado pode ser construída a partir de uma análise que leve a sério as interconexões entre cuidado e relações de poder em suas implicações práticas e nas interações entre cuidadoras e pessoas cuidadas” (p.59), ou que “importa compreender que o trabalho de cuidado remunerado não reproduz apenas hierarquias de gênero, mas também reflete hierarquias de raça e de classe” (p.60). Ainda com Araújo, espera-se realizar um movimento que vá além da “ética do cuidado” (Tronto, 2009).

Araújo (2018) argumenta que a “ética do cuidado”, a partir dessa perspectiva, não só não ajuda a fazer avançar o debate sobre as desigualdades no âmbito do cuidado, como também “produz um panorama normativo e idealizado do mesmo”. Portanto, interessa olhar para o cuidado a partir de uma perspectiva local e interseccional:

(...) interessa privilegiar, para a compreensão do trabalho de cuidado, uma perspectiva interseccional, isto é, que considera os sistemas de opressão e de dominação – em especial as estruturas de raça, de gênero e de classe – como distintos, mas imbricados. Isto implica considerar que estas categorias estruturam as relações sociais e, ao mesmo tempo, que suas inter-relações produzem situações complexas que são melhor compreendidas – em seus efeitos – contextualmente (Collins, 2015. Como afirma Isabel Georges (2017) em um texto que discute o cuidado como categoria analítica, convém se perguntar em que medida o conceito de cuidado – em suas múltiplas definições e usos – permite esclarecer a divisão social, sexual e racial do trabalho e avançar o debate sociológico sobre hierarquias e relações sociais. (Araújo, 2018, p.59).

A Filosofia Africana Contemporânea propõe uma outra ética do cuidado, um cuidado que seja sinônimo de “afirmação contínua da nossa comunidade, do nosso pertencimento, da nossa origem, da nossa ancestralidade. Ou seja, o cuidado é o encantamento” (Machado, p. 62-63). Portanto, aposta-se na aproximação de uma perspectiva de cuidado afro-pindorâmica como caminho de possibilidade e radicalidade da dimensão brasileira da reforma psiquiátrica, sua dimensão territorial, pois “quanto mais nos afastamos de nós mesmas (de quem somos, de onde viemos, da nossa comunidade, da nossa ancestralidade) mais inseguras ficamos, sem

direção, sem sentido e acabamos por nos aproximar continuamente da branquitude, do colonizador, do racismo, nos negando” (Machado, p.63).

Oliveira e colaboradores (2020, p.05) afirmam que “a pandemia da COVID-19 no Brasil demonstra que regiões e populações são colocadas em condições de maior vulnerabilidade aos riscos de contaminação e morte”, fato este que tensiona a ideia que se propagou durante muito tempo de que esta seria uma “pandemia democrática”. Trata-se de pessoas “asfixiadas pelo coronavírus e pelo estado racializado brasileiro” (Souza, Medeiros e Mendonça, 2020). Portanto, não se pode negar a “heterogeneidade nos modos de viver esta pandemia, especialmente para os povos subalternizados, cujos corpos são historicamente forjados pela ameaça cotidiana da morte e pelo sofrimento dos efeitos das desigualdades, imprimindo um verdadeiro genocídio seletivo (Nascimento, 1978)” (Oliveira, Cunha, Gadelha, Santos, Carpio, Oliveira, Corrêa, 2020, p. 03). Nosso projeto societário foi e é fortemente atravessado pelo mito da democracia racial (Nascimento, 1978; Bento, 2019; Guimarães, 2020; Oliveira, Cunha, Gadelha, Santos, Carpio, Oliveira, Corrêa, 2020) que forja a ideia da miscigenação simétrica e de uma sociedade sem os efeitos do racismo.

Contudo, me somo aos inúmeros autores e autoras, alguns deles já citados aqui, para partir do pressuposto de que como fomos um país que alijou a sua população negra do acesso à cidadania pelos modos de estruturação da sua sociedade, isso deixa efeitos em vários âmbitos da vida político-econômica-social. Tais efeitos podem ser percebidos na saúde mental também, logo, não se pode deixar de pensar em cuidados em saúde mental que passem pela tarefa coletiva de reparação. Nesse sentido, cabe nos perguntarmos: em que medida o cuidado da luta antimanicomial tem sido efetivamente um cuidado antirracista, anticolonial e reparatório? Se o sofrimento é encruzilhado, como encruzilhar o cuidado? Como enegrecer o cuidado seguindo tendo como referência central, por exemplo, para a Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB), teóricos brancos do norte global como Foucault, Goffman e Basaglia?

Como discutido por Donato (2021), a Reforma Psiquiátrica no Brasil também é marcada por um racismo epistêmico. A autora faz tal afirmação a partir de pesquisa sobre a saúde mental, a reforma e o racismo no sertão do nordeste do Brasil entre os finais do século XIX e início do século XX. Ela conclui que “la racialización y subalternización encontradas se asocian al momento político de construcción de la identidad nacional, siendo relevantes las teorías psiquiátricas, como la degeneración y la eugenesia, que también influyeron en la psicología” (p.1).

Os “loucos” que o CAPS do território de Jacutinga seguiu atendendo, cuidando e acolhendo durante todo o tempo da pandemia de COVID-19 não faziam parte do “grupo

prioritário” para quem os cuidados gerais com a pandemia estavam sendo pensados. Ou seja, mais uma vez, “os loucos”, em sua grande maioria negros e pobres, não eram prioridade, afinal, desde sempre seguem sendo visto e tratados como “não-ser” (Carneiro, 2005). É exatamente sobre essa “divisão racial do mundo e suas visíveis repercussões em face da pandemia da COVID-19” que se propõe olhar a pandemia e o cuidado em saúde mental à luz das desigualdades raciais (Oliveira, Cunha, Gadelha, Santos, Carpio, Oliveira, Corrêa, 2020).

Rachel Gouveia Passos (2019) não nos deixa esquecer que o racismo é estrutural e estruturante da formação social brasileira. O que isso significa para este campo? Significa afirmar que o racismo “atravessa a constituição não só da psiquiatria, mas também do campo da saúde mental e atenção psicossocial.” (p.85). Como um dos analisadores desse fenômeno, Passos recorre ao histórico apagamento do psiquiatra Franz Fanon da história da RPB, tendo em vista sua influência, junto com Foucault e Goffman, para o psiquiatra italiano Franco Basaglia (Goulart, 2007 citado por Passos, 2019). Por que esse apagamento é tão grave? Porque o racismo, ainda hoje, segue sendo “a base da ‘autorização’ do extermínio da população negra no país e compõe o processo de psiquiatrização e medicalização das subjetividades negras” (p.86).

Qual a cor, a classe e o território dos usuários que são atendidos pelos CAPS em sua grande maioria? Considerando a minha experiência, os chamados “usuários de saúde mental” ou “usuários do serviço” que atendemos no CAPS são “usuários” com raça/cor, gênero, classe e território muito definidos. São pessoas, em sua grande maioria, psicóticas, pobres, negras e moradoras da periferia que é a Baixada. Foi imbuído desses incômodos que pensamos desde sempre que para ser possível gerir um sofrimento que é gestado a partir de diferenças e marcadores sociais que são vividos enquanto desigualdades precisávamos construir uma espécie de saber localizado, como nos informa Donna Haraway (1995) para cotejar as seguintes questões: como pensar em estratégias de cuidado em um país marcado pela desigualdade e opressão? Como pensar na viabilização de um cuidado virtual para uma população que não tem acesso a alimentação, água encanada e educação de qualidade, por exemplo?

Smolen e Araúde (2017) apontam, por meio de estudo de revisão sistemática, a observância de uma prevalência maior de transtornos mentais nas pessoas não brancas, por exemplo. Ramos e Gonzales (2017) sinalizam para o atravessamento étnico-racial e de gênero como fatores relevantes no adoecimento psíquico sobre a população afrodescendente. De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2009), o Brasil é o país com o maior contingente de negros e negras fora da África,

correspondendo a 55,5% dos brasileiros (IBGE, 2022). É a segunda maior população de negros e negras de todo mundo - 104,2 milhões de pessoas, atrás apenas da Nigéria. Porém, quando acessamos indicadores de saúde, renda, educação, moradia, emprego etc., os dados apontam para uma flagrante desigualdade étnico-racial, para além da desigualdade social brasileira.

Dito de outro modo, esses dados sinalizam para a ocupação de um *ethos* social de reiterada subalternidade (Spivak, 2010) para o povo negro que vem sendo compulsoriamente levado a habitar a margem e os não-lugares, com repercussões, inclusive na gestão do somente, já que “o sofrimento mental” também é “produto da abjeção imposta a indivíduos que representam grupos historicamente desumanizados” (Gonzaga, 2019, p.9).

Assim como as pessoas negras, as pessoas lidas e entendidas como loucas também foram gestadas a partir da desumanização, como demonstra Pérez-Pérez (2023) em importante pesquisa sobre a genealogia da matriz de poder moderna a partir das categorias “humano”, “direito” e “loucura”. Pérez-Pérez (2023, p.1) parte da seguinte questão “¿mediante qué mecanismos de dominación la «locura» ha sido exceptuada de «lo humano» y de los derechos humanos?”. Questão que será discutida no capítulo um desta tese a partir do lugar da matriz moderno-colonial na gestão do sofrimento e da loucura.

Diante do exposto, não seria profícuo levar em conta a importância de se considerar esses diferentes lugares de (não) pertencimento na organização das políticas públicas e modos de pensar e estruturar as redes de atenção, os modelos e dispositivos de cuidado que operam processos de desinstitucionalização? Indo mais além: quais processos de desinstitucionalização ainda se fazem necessários no campo da saúde mental para ser possível criar espaços e dispositivos de cuidado que considerem a dimensão étnico-racial como fundamental na construção de tal cuidado?

A Reforma Psiquiátrica brasileira é uma resposta social para a loucura que não seja a repetição da lógica segregadora, racista e patricarcal do manicômio e da colonialidade (Solaterrar, 2018). A luta antimanicomial é um movimento fundamental nesse processo. Como afirma Silva (2019):

Longe de ser apenas uma estratégia de ações em saúde mental, a luta antimanicomial aponta em seu bojo a luta ampliada contra a sociedade capitalista, considerando que a lógica de higienização, afastamento e controle dos corpos ‘desviantes’ está para além de uma estrutura de ferro e concreto, mas sua presença é cotidiana nas relações mais simples dos viveres. Ou seja, compreende-se que a luta pelo fim dos manicômios é a luta por uma sociedade livre de opressões e desigualdades. (p. 336).

Entretanto, se a RPB e a atenção psicossocial avançaram nas últimas décadas no que diz respeito à construção de maior dignidade e direitos fundamentais básicos para os “loucos e usuários dos serviços de saúde mental”, avançou no enfrentamento do modelo manicomial, do ponto de vista da organização da rede e serviços; ainda que com muitos desafios e importante projeto neoliberal de desmonte em curso no Brasil atual, cabe nos perguntarmos sobre por quais caminhos precisamos caminhar para seguir avançando na desconstrução do manicômio como lógica que pode e segue operando também nos “arranjos de cuidado” (Fazzioni, 2018)?

Por arranjos de cuidados me refiro à categoria analítica proposta pela pesquisadora Natália Fazzioni (2021, p.19) que, a partir de inspiração no debate sobre a ética do cuidado, propõe os arranjos de cuidado como uma categoria “empenhada em descentralizar a noção de cuidado de relações duais e domésticas, complexificando o emaranhado de relações que compõem o cuidado, incluindo as relações com diferentes atores sociais”. Ou seja, a autora defende sairmos das gramáticas maniqueístas e binárias do bom e do mau cuidado. Por outro lado, ela ainda aponta para a “forte dimensão situacional do cuidado, marcada por improvisos e precariedades” (p.19).

Ou seja, quais outros avanços são necessários para a RPB? Quais Reformas ainda se fazem necessárias para a RPB? Como ampliar a caixa de ferramentas de cuidados para além dos recursos mais clássicos como “diagnóstico”, “medicamento/remédio/psicotrópico”, “psicoterapia” e “oficinas terapêuticas”, por exemplo? Por que será que mesmo com princípios e diretrizes que têm no território e na clínica ampliada operadores importantes para se pensar o cuidado em saúde mental ainda se percebe a centralidade do saber biomédico e dos saberes psis no processo de cuidado? Qual ampliação ainda se faz necessária para a clínica ampliada da atenção psicossocial?

Parte-se do pressuposto inegociável de que o racismo e o evento racial são estruturais e estruturantes da produção dos processos de subjetivação e subjetividade no Brasil e considera-se a necessidade de mais do que territorializar o cuidado em saúde mental, como bem já aponta a Política Nacional de Saúde Mental, abraçará-lo, amefricanizá-lo, ou ainda, para ficarmos com uma categoria de Lélia Gonzales, enegrecê-lo. Embalado por tais premissas, a questão que orientou esta pesquisa foi a seguinte: como se deu o cuidado em saúde mental para as pessoas negras no território da Baixada Fluminense, mais especificamente em um de seus municípios, durante a pandemia de COVID-19 (2020-2022)?

Quem está morrendo? Quem seguirá morrendo pela polícia, pelo estado, pelos saberes científicos ou psis por meio do excesso de medicalização e patologização do sofrimento? A presente investigação se justifica porque é sabido o quanto os efeitos destas desigualdades

ainda são pouco contempladas pelos serviços de saúde no país. Quando contempladas, não há desdobramentos mais profundos no sentido de ofertas de ações em saúde em acordo com as especificidades da população atendida (Assis e Jesus, 2012).

A desigualdade de raça, como um importante marcador social das diferenças, é reiteradamente invisibilizada também nos serviços e políticas de saúde (Oliveira, Cunha, Gadelha, Santos, Carpio, Oliveira, Corrêa, 2020). Esse dado aponta para a necessidade de aposta em pesquisas e projetos que coloquem a questão racial como um ponto central no que tange ao cuidado em saúde no Brasil para uma importante adequação dos serviços e garantia de cuidados consonantes às diversas realidades e necessidades em saúde da população brasileira (Barros e colaboradores, 2016). Tensionar o modelo tradicional da produção de conhecimento e práticas de cuidado em saúde mental, colocando em xeque “as verdades imperiais” (Jasanoff, 2010) me parece um caminho não só profícuo como urgente.

O debate étnico-racial, a partir de uma leitura interseccional com gênero, sexualidade, classe, território, capacitismo etc., reiteradamente vem sendo acusado de ser uma “pauta identitária”, logo, não merecendo a centralidade do debate. Junto com outras pesquisadoras, defendo que raça ainda precisa ser encarada como a espinha dorsal, em articulação com outros marcadores sociais da diferença, para os debates e análises sobre processos de viver e morrer nos Brasis (Lima, 2018; Gonzaga, 2019; David, 2022; Benício, 2023).

Nesta pesquisa, me somo ao professor André Mendonça (2023, p.89) para quem apenas o “identitarismo” pode ainda salvar o “universalismo”. É uma tese que tem o desejo de se somar à “tradição de resistência e insubmissão ao referido universalismo”, fazer coro à vislumbrada e necessária mudança de paradigma civilizatório: o pluriversalismo. Entendo, assim, que somente no “pensar junto/fazer com” (Lima, Coutinho, Aires, Bustamante e Patio, 2022) se pode seguir alimentando a esperança, aquela que “consiste em vir a se poder criar uma expansão sem fronteiras das infinitas potências de ser” (Mendonça, 2023, p.89), em vir a se poder habitar uma “genuína democracia racial”.

A urgência política da discussão desenvolvida nesta tese justifica-se, ainda, pelo potencial e desafio de aproximar a Política Nacional de Saúde Mental da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra (PNSIPN), de 2009. A PNSIPN se afirma como “(...) uma resposta do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde que acometem esta população”. Sendo assim, como não considerá-la ao planejar e propor cuidados em saúde mental?

Proponho, enfim, um estudo que ganhe vida “aos moldes de uma política de reparação sob os efeitos do colonialismo” (Kilomba, p. 27, 2019). Diante da reflexão de Kilomba (2019) sobre a necessidade de não apenas se opor ao projeto societário colonialista, patriarcal e

escravocrata, mas, sobretudo, reinventar outros lugares para as pessoas que são colocadas à margem como operação fundamental e complementar à primeira, a questão que se coloca é a seguinte: como não apenas se opor e resistir às amarras do manicômio para as pessoas negras com diagnóstico de transtorno mental, e sim reinventar e construir outras formas de ser e se tornar sujeito de suas histórias?

O objetivo geral desta tese foi investigar como se deu a gestão do cuidado em saúde mental para pessoas negras em Jacutinga, município do território da Baixada Fluminense, durante a pandemia de COVID-19 (2020-2022). Isso implicou, entre outras coisas: i) identificar a potência da perspectiva afroindígena, a partir de conceitos como o de *ikupolítica* (Nascimento, 2020), sociogênese fanoniana (Faustino, 2015) e o *pharmakon* de Fanon (Mbembe, 2017), para a gestão do cuidado no campo da Saúde Mental; ii) explorar a agência (Mahmood, 2006) dos usuários para escapar às amarras da sociedade e do serviço, suas estripulias (Rufino, 2019) contracoloniais, contra os excessos, de medicalização, da lógica manicomial, do tempo; iii) analisar em que medida o cuidado construído pelos dispositivos de Saúde Mental de um município do território da Baixada Fluminense tem operado para construir agenciamentos e outros modos de habitar o mundo para seus usuários negros; iv) analisar as articulações possíveis entre o campo da saúde mental (atenção psicossocial), perspectiva decolonial e o feminismo negro interseccional como ferramenta de construção de outras linguagens, práxis e modos de atuação na assistência na Rede de Atenção Psicossocial; e v) analisar sobre as possíveis (des)articulações entre a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Método

Perspectiva Metodológica

Donna Haraway (1995) revisita o conceito de objetividade e da construção do conhecimento científico e, por meio de sua argumentação, nos leva a questionar e a nos deslocarmos do lugar do “olhar conquistador”, do lugar daquele que dita a verdade que julga pertinente para se pensar a operacionalização de uma pesquisa científica. Segundo ela, esse olhar e lugar de conquistador que não vem de lugar nenhum é muito cômodo, pois inscreve miticamente todos os corpos marcados mantendo o privilégio da categoria não marcada de ver sem ser vista, de representar os outros escapando a representação de si. Seguindo na direção do que a autora aponta, a perspectiva metodológica adotada aqui toma a objetividade chamada

de “objetividade feminista” que, nas palavras dela, “trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto”.

A perspectiva metodológica que se aposta aqui é a defendida no prefácio-manifesto desta tese. É a perspectiva que convoca para um (contra) projeto de ciência por meio da confluência (Santos, 2023) de pesquisadoras e teóricas como Anzaldúa (1981/2000), Haraway (1995), Patrícia Hill Collins (1997), Conceição Evaristo (2017), Gonzaga (2019) e Mendonça e Figueiredo (2023) para apostar que não se faz ciência apenas com a razão e a sua suposta imparcialidade e objetividade positivista, mecânica, materialista, moderna, portanto. Por uma ciência (des)feita com o corpo inteiro, e não só com a metade. Uma ciência feita com corpo, alma e coração.

Instrumentos e Procedimentos

Diante dos objetivos propostos e da natureza da questão de pesquisa que propus, a aposta metodológica é a de construir uma etnografia: a etnografia multisituada (Marcus, 1995; Togni, 2014). A essência de tal proposta prático-teórica, conforme sublinham Olwing e Hastrup (1997), é uma “etnografia móvel”, que “segue as pessoas, suas conexões e relações através do espaço” (apud Togni, 2014). Tendo em vista que o desenho metodológico da pesquisa passa por etnografar os espaços, serviços de saúde mental, documentos, teorias, encontros, afetos, políticas, conferências, enfim, as minhas andanças durante os três primeiros anos da pandemia de COVID-19 (2020-2022), a etnografia multisituada parece ser uma ferramenta que oferece importante contribuição.

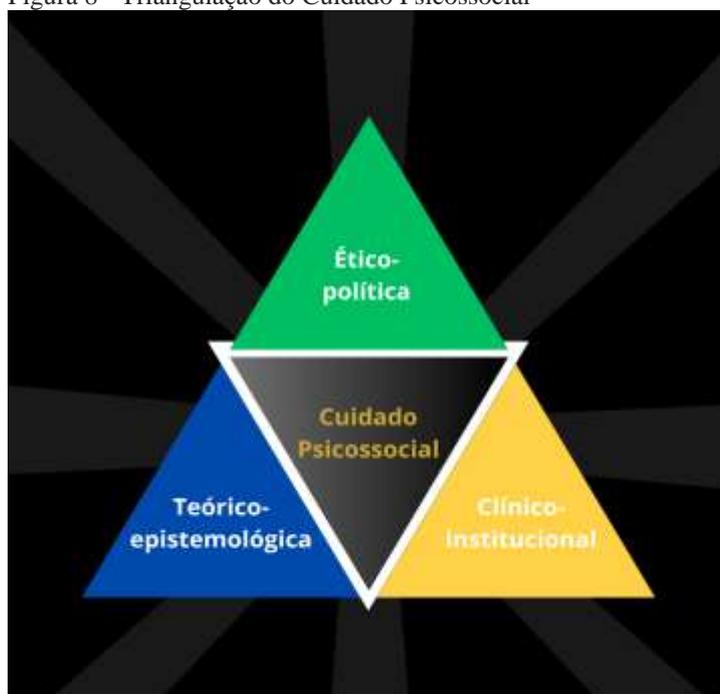
Toma-se a etnografia a partir da proposta de Alvarado e Iñiguez-Rueda (2009, p.7), como “uma perspectiva em ciências sociais”, uma perspectiva que “responde às preocupações éticas, políticas, culturais e sociais acerca da produção de conhecimento”. Um modo de produção de conhecimento que evita “a distância entre os investigadores e que costuma constituir-se em projetos de investigação colaborativa”. Um modo de fazer pesquisa em que o investigador vê o campo como um “espaço a partir do qual não podem ser arrancados”.

A etnografia multisituada será composta por múltiplos planos (Lowenkron, 2015). Ela foi costurada a partir de múltiplos encontros e múltiplos afetos. Parto da metodologia do encontro proposta por Gonzaga (2019), para quem “interlocutoras e pesquisadora”, ou no meu caso pesquisador e usuários dos serviços de saúde mental, “representam sujeitas oriundas da mesma continuidade histórica, no que tange à raça, gênero, classe, geração e sexualidade, marcadores estruturais do sistema de gênero moderno/colonial” (p.09).

A metodologia do encontro toma a perspectiva do ubuntu como inspiração em que “o efeito abebénico é a permissão implícita que se dá ao outro de escutar o que não foi dito e de dizer o que é fundamental, mesmo sem ter sido questionado, o estabelecimento da confiança que se estabelece quando se vê no corpo do outro as próprias cicatrizes”. (Gonzaga, 2019, p.83). Na banca de qualificação desta pesquisa, a professora Rachel Gouveia chamou atenção para a dimensão da pesquisa como o encontro com a ancestralidade, com o encontro comigo mesmo. Após realizar essa pesquisa entendo que esse foi o disparador para a escrita e estrutura desta tese.

Os planos de análise que percorrerei aqui passam pela proposta que será apresentada e a que chamo de triangulação do cuidado. O cuidado que se defende aqui para o campo da atenção psicossocial é um cuidado que só pode ser pensado e vivido, no sentido do seu fazer e desfazer, a partir da sua triangulação. Uma triangulação que nos leve a um cuidado espiralar, um cuidado em rede. Ou seja, um movimento que considere a todo o tempo as dimensões teórico-epistemológica, ético-política e clínico-institucional. Esses são os planos de análise.

Figura 8 - Triangulação do Cuidado Psicossocial



Fonte: autor

Os materiais trazidos para análise teve como critério o meu encontro com eles a partir dos afetos que produziram em mim durante o período estudado. Para empreender tal tarefa, o eixo estruturante foi a memória, a dimensão do resgate das minhas memórias das experiências vividas foi central (Scott, 1999; Heidegger, 1988; Venson e Pedro, 2012; Minayo, 2012). Foi a partir da memória que realizei os registros de diário de campo, que aqui foi sempre virtual, a

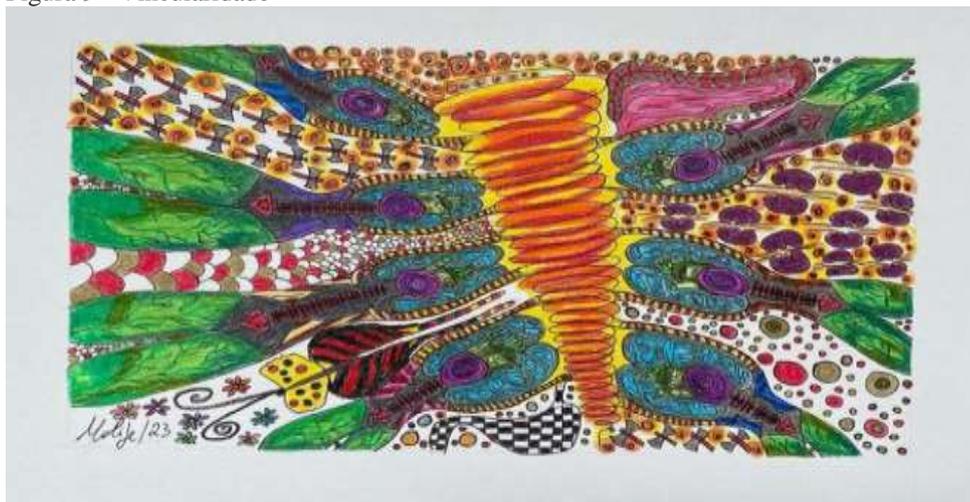
partir da ferramenta da escrita e do áudio por *Whatsapp* e registros escritos por e-mail. Mas, também acessei documentos importantes do serviço estudado durante o período em questão, como livro ata de supervisão de equipe, caderno pessoal de anotações sobre processo de trabalho e demandas institucionais, relatórios e prontuários institucionais sobre os usuários atendidos, relatórios das conferências de saúde mental, discussões nos grupos de *Whatsapp* da equipe, fotografias de arquivo pessoal, e-mails, dentre outros.

O uso da fotografia e do desenho como recurso de registro do vivido, como recurso e instrumento de pesquisa e análise dos dados também foi acionado na costura desta investigação. Especificamente quanto ao recurso do desenho, tomei como inspiração a proposta da Mônica Lima (2023) em sua tese de defesa para professora titular no Instituto de Psicologia da UFBA, local onde estudei, intitulada “Tempo e silêncio na contemplação: desenho autoral nas pesquisas em psicologia social construcionista”. No caso de Mônica, os desenhos eram autorais, no meu caso, como não tenho esse talento, os poucos desenhos apresentados foram ideias minhas executadas pela desenhista Mariana Viana.

Entre os desenhos feitos por Mônica Lima está o que registro abaixo, intitulado por ela de “Vincularidade”. O desenho foi publicado em seu instagram no dia 04 de março de 2024. Lima explica que em 2023 o Instituto Silvia Lane a provocou a pensar a afetividade em Marcus Vinícius (MV), o saudoso professor e ativista da RPB “Marcus Matraga”. Como tanto Marcus, quanto Mônica, foram importantes referências sobre saúde mental, atenção psicossocial, afetos e fortalecimento de vínculos ainda quando eu dava os primeiros passos na psicologia e na saúde mental em 2009, em Salvador, Bahia, registro abaixo o desenho e algumas das palavras de Mônica sobre ele, Marcus e o afeto.

Pensar em afetividade em MV me leva a um redemoinho. Talvez para a maioria das pessoas, a afetividade remete à calma, às águas paradas, ao silêncio. Como se isso fosse capaz de dar aconchego por si só. Essa imagem está longe de expressar a afetividade em MV. A afetividade na vida e obra de MV é sobretudo política, e não repousa em sentimentos tranquilos. O afeto-político tem velocidade, grita e expõe o próprio corpo em torno de algo coletivo. Vale lembrar uma das máximas de MV “quem não correr risco não transforma nada”. MV sempre se arriscava. É bem verdade que o MV não se ocupou da noção de afetividade do ponto de vista teórico. MV praticava o ato vincular. O termo utilizado por ele era vínculo nos seus manuscritos e principalmente nas suas produções orais. Ele dizia “tudo é vínculo”.

Figura 9 - Vincularidade



Fonte: Molije, @monicamolije.

No plano clínico-assistencial, será realizado um estudo de caso, aos moldes das ciências sociais, de duas usuárias negras do CAPS III de Jacutinga, município da Baixada Fluminense, além de fragmentos de cenas e afetações provocadas em mim a partir do encontro com outros usuários nos diferentes espaços de convivência do CAPS e do território em questão. Os casos serão trabalhados num movimento que vai do “caso clínico”, categoria do campo da saúde, ao caso como categoria social (Boltanski, 1994), enquanto categoria socioantropológica.

Para a aproximação com os documentos que serão analisados, sejam a nível micro (prontuários, relatórios, atas de reuniões, e-mails institucionais etc.), seja no nível macro (leis, portarias, resoluções, decretos presidenciais, audiências públicas, cartas etc.), toma-se como inspiração a discussão sobre a etnografia de documentos (Ferreira e Lowenkron, 2020). Quanto aos procedimentos para o tratamento analítico dos dados, optou-se pela análise socioantropológica, pela perspectiva analítica interseccional ou categorias de articulação e pela perspectiva fanoniana.

Toma-se a interseccionalidade como uma oferenda e sensibilidade analítica a partir da definição de Carla Akotirene (2019), pois essa ferramenta “permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias” (p.14). Entendo a multiplicidade de formas de compreensão sobre a interseccionalidade, e tomo a interseccionalidade numa aproximação com a perspectiva construcionista que propõe pensar a diferença como ferramenta analítica (Brah, 2006; Piscitelli, 2008; McClintock, 2010; Moutinho, 2014).

Segundo Piscitelli (2008), numa leitura de Prins (2006), a abordagem construcionista da interseccionalidade parte da proposta de Crenshaw (2002), nomeada de abordagem

sistêmica, de “capturar as conseqüências da interação entre duas ou mais formas de subordinação: sexismo, racismo, patriarcalismo. Essa noção de ‘interação’ entre formas de subordinação possibilitaria superar a noção de superposição de opressões” (p.267). Contudo, difere-se dessa quando pensa a relação entre diferença e desigualdade, as relações de poder e agência.

Para a abordagem construcionista, a diferenciação e não fusão entre diferenças e desigualdade é fundamental. Além disso, a questão do poder aqui não é pensada como “uma propriedade que uns têm e outros não”, e sim como uma relação. Poder é entendido a partir de seus aspectos dinâmicos e relacionais. “Nessa abordagem são marcantes a visão de poder de Gramsci, em termos de lutas contínuas em torno da hegemonia”. No que concerne a agência, Prins (2006) afirma que a abordagem sistêmica não nega a agência ao sujeito, trabalha-se para o empoderamento dos grupos subordinados, “entretanto, a interseccionalidade aparece voltada para revelar o poder unilateral das representações sociais e as conseqüências materiais e simbólicas para os grupos atingidos pelos sistemas de subordinação” (Piscitelli, 2008, p. 268). Logo, os sujeitos aparecem “carentes de agência”.

Ainda na abordagem construcionista, de acordo com Piscitelli (2008, p.268), “os processos mediante os quais os indivíduos se tornam sujeitos não significam apenas que alguém será sujeito a um poder soberano, mas há algo mais, que oferece possibilidades para o sujeito”. Por outro lado, “os marcadores de identidade, como gênero, classe ou etnicidade não aparecem apenas como formas de categorização exclusivamente limitantes. Eles oferecem, simultaneamente, recursos que possibilitam a ação” (Piscitelli, 2008, p.268).

É nesse ponto que a abordagem construcionista da interseccionalidade encontra a perspectiva fanoniana, ainda que com respostas e desdobramentos diferentes, tomada aqui também como ferramenta analítica, na medida em que Fanon (2008) considera que o encontro com a ficção racial e a violência colonial não produzem apenas dor e morte, mas também pode provocar as condições necessárias para a ação.

Por tudo isso, toma-se tais perspectivas analíticas como importantes ferramentas e tecnologias, tendo a noção de amefricanidade de Lélia Gonzales (1984) como categoria transversal, para olharmos para as encruzilhadas, para os processos de produção das subalternidades, daquilo que é entendido como lixo, seus quartos de despejos e as suas margens. A aposta metodológica é olhar para o problema em questão, olhar para as práticas e cuidados em saúde mental no território da Baixada Fluminense, a partir das margens do

Estado (Das e Poole, 2004), ou seja, priorizando aquilo que aparece, aquilo fala mesmo sem dizer, aquilo que pulsa por meio dos usuários, seus agenciamentos, afetos, rebeldias e estripulias.

Para Bourdieu (2011, p.194), “nas ciências sociais, a comparação é um dos instrumentos mais eficazes, ao mesmo tempo de construção e de análise”. A comparação será acionada aqui em diferentes momentos e planos para a construção das análises propostas por meio da aproximação entre conceitos, disciplinas, campos de saber e metáforas. Numa aproximação com a noção de eventos e quase-eventos da Veena Das, costuro essa tese a partir dos eventos da minha memória. A partir da minha parede da memória.

Não as memórias que estão caídas no chão, nem as que estão flutuando no ar ou nas nuvens no céu. Mas, as memórias que estão penduradas na parede, fixadas pelas marcas do tempo e do espaço, as memórias que são fronteiras entre o passado-presente-futuro, as memórias que nos permite nos revisitarmos num ato duplo e concomitante de olhar para o outro e olhar para nós mesmos. As memórias que são sempre (re)memórias e (trans)memórias. É pela repetição, mas também pela transmutação já que nelas estão o antigo e o novo, o fim e o início, o ancestral e o contemporâneo. É uma tese costurada a partir dos vestígios (Sharpe, 2023) da memória, a partir dos becos da memória (Evaristo, 2017b), numa confluência entre o ontem, o hoje e o amanhã.

Considerações éticas

No que se refere às questões éticas, destaca-se que se pretende trabalhar com a ideia de raça do ponto de vista sócio-histórico. Como nos informa Hall (1995):

raça é um dos principais conceitos que organiza os grandes sistemas classificatórios da diferença que operam em sociedades humanas. E dizer que raça é uma categoria discursiva é reconhecer que todas as tentativas de fundamentar esse conceito na ciência, localizando as diferenças entre as raças no terreno da ciência biológica ou genética, se mostraram insustentáveis (p. 01).

Ou seja, tem-se como compromisso ético não reificar uma perspectiva biologizante de raça ou um essencialismo biológico. Por sua vez, a proposta é trabalhar com raça como um “significante flutuante”, conforme ratifica Hall (1995), gestada pela matriz moderno-colonial.

Tomo raça/cor como uma diferença que tem feito diferença nos modos de viver e morrer nos Brasis de ontem e de hoje, que tem feito diferença nos modos de gestão do cuidado, nas barreiras e acessos ao cuidado em saúde mental para pessoas negras e periféricas. Raça aqui deve sempre ser pensada interseccionalmente, na perspectiva das

encruzas e avenidas identitárias considerando que justamente porque eles nos diferenciaram para hierarquizar, para produzir desigualdades, para objetificar e animalizar, nós precisamos ainda seguir nos diferenciando pela raça para equanimizar a vida, os acessos, os modos de viver e morrer.

Contudo, não se poder perder de vista que o negro é tão preso à sua negrura, como o branco é preso à sua brancura (Fanon, 2008). Portanto, a liberdade não é apenas pela desalienação do negro, mas o branco também precisa sair da sua brancura. Ou seja, no horizonte étnico-racial desta pesquisa está a dissolução da noção de raça e cor como elementos de produção de desigualdade, como formas de governo de pessoas, corpos e subjetividades, está a genuína democracia racial.

Hacking (2013) aponta, partindo do pensamento de Goodman (1990), os tipos são “entidades heterogêneas” (Hacking, 2013, p. 15) que “interagem com as pessoas e com seu comportamento” (p. 16). Por tudo isso, ciente do meu lugar de fala, proponho o afastamento de uma aproximação salvacionista que contribua para a reificação da cultura de tutela e da vitimização de pessoas negras. A perspectiva que se aposta é a de contribuir para a mediação dessas pessoas marcadas, sim, por violações de direitos humanos, do direito de existir, mas, também por agenciamentos, dinâmicas e atos que as fazem sujeitos, de direitos e de suas próprias vidas.

Por outro lado, parte-se do pressuposto que “não há desinteresse em ciência, logo, nenhuma neutralidade é possível” (Filho e Narvai, 2013, p.647). Contudo, como compromisso ético, assume-se a responsabilidade e o cuidado que a posição de pesquisador/sujeito implicado, exige para ser possível construir pesquisa científica de qualidade do lugar de trabalhador/militante da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Luta Antimanicomial.

Organização da estrutura da Tese

A tese está dividida em duas partes, cada uma com dois capítulos. A primeira parte centra-se na discussão da gestão dos cuidados a partir de um plano de análise mais macro, ao passo que a segunda olha para o cuidado por meio de um plano de análise micro. A divisão entre micro e macro aqui, bem como entre parte I e parte II é apenas para fins didáticos, para fins de cumprimento do desafio de escrita de uma tese no formato acadêmico tradicional. Mas, defendo desde sempre que o macro tem o micro, o micro tem o macro. Trata-se de uma divisão apenas para fins de organização e sistematização das ideias. Defendo, inclusive, que assim como a tese não foi escrita nessa linearidade, ela também pode ser lida em qualquer

sentido ou direção: a parte II poderia ser a primeira, a parte I, a segunda, o começo pode ser o fim, o fim pode ser o começo, como me inspirou a tese de Flávia Souza (2020).

A organização da tese, suas partes e capítulos é costurada a partir da argumentação que toma como chave de análise o fazer e desfazer do cuidado, numa menção ao fazer e desfazer dos direitos de Adriana Vianna (2013). No sentido da tentativa de compreensão e olhar para os processos macro e micro que vão (des)fazendo o cuidado no campo da saúde mental para as pessoas negras. Aposta-se em realizar tal empreendimento a partir de uma perspectiva fanoniana.

A parte I pretende olhar para a gestão e (des)fazer do cuidado em saúde mental a partir de uma mirada macro-conceitual e macropolítica. O capítulo 1 se debruça num sobrevoo teórico e epistemológico numa revisita à história da loucura e da reforma psiquiátrica brasileira por meio do olhar e da abordagem fanoniana, sobretudo a partir dasociogênese, das ecologias do fim deste mundo e de uma poética negra feminista. Numa revisita à noção de sofrimento encruzilhado (Solaterrar, 2020), argumenta-se, nesse capítulo, pelo caminho da radicalidade, pelo processo que nos leve da Reforma à Revolução Psiquiátrica brasileira.

No capítulo 2, realizou-se uma análise do (des)fazer do cuidado através do desmonte da Política Nacional de Saúde Mental, tendo como marco temporal dezembro de 2015. As andanças e afetações provocadas pelos encontros com os documentos, leis, portarias, audiências, cartas e decretos dão o tom para a construção do capítulo que olha para aquilo que o modo como os documentos performam, sua circulação, o que eles podem fazer e desfazer, a sua vida social. Trago também minhas andanças pelas conferências municipais e estadual de saúde mental, e finalizo com uma análise das (des)articulações entre a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra para ratificar a importância fundamental de uma Política de Saúde Mental Antirracista. O meu corpo, interseccionalmente marcado do lugar de gestor de um CAPS III, mas também do lugar de pesquisador, acadêmico, militante da luta antimanicomial, como homen cis, negro e viado, é o espaço político que costura as análises e encontros aqui registrados.

O capítulo 3 se debruça na micropolítica do CAPS III, no seu cotidiano pandêmico durante o período de 2020 a 2023, passando pela transição de CAPS II para CAPS III, pelos desafios de implantar e abrir um serviço 24h quando o movimento universal era de fechamento e “isolamento social”, enfim, propõe-se analisar as “exceções ordinárias” (Pierobon, 2020) que marcaram este serviço, territórios, seus profissionais e usuários. Para isso, toma-se como analisador a gestão da fome e da sede, da comida e da bebida, do alimento e da água nesse cotidiano. As noções de *corpos-zumbi* e *zona de quase-morte* são propostas

como formas de compreensão, como lentes que nos ajudam a enxergar os modos de gerir e de governar as vidas e corpos dos usuários loucos, negros e pobres da saúde mental.

Por fim, o capítulo 04 segue no fio do cotidiano e ordinário do CAPS III, mas agora para discutir sobre os (des)encontros entre raça, maternidade e loucura a partir do encontro com duas mulheres negras, lidas socialmente como loucas. O olhar está voltado para a forma de gestão do desejo e do direito de maternar expressos por essas mulheres, para o desfazer desses direitos e desejos. Para isso, esmiuço os arranjos e atos de cuidados costurados pela equipe, bem como as violências e fracassos que fabricam os corpos dessas mulheres como corpos-zumbi, as empurrando para a zona de quase-morte, para a morte em vida, bem como esquadrinho o modo como elas passaram de casos à causa para a equipe por meio de suas estripulias, causações, rebeldias e atrevivências na tentativa de fazer valer o seu desejo/direito e seguir (sobre)vivendo.

Ainda que o tempo-espaço acadêmico não permita, o desejo é que essa tese seja lida da forma como ela foi costurada, aos moldes do que propõe Veena Das, com paciência crítica ou paciência política (Das 2010a, 2012b). A incerteza, para essa autora, é marca primordial que tece e constrói o cotidiano. Recorrendo a Wittgenstein sobre “o jogo de linguagem, em especial à sua imprevisibilidade e não razoabilidade – semelhantes à vida, portanto”, Venna Das nos alerta para a “importância de sustentar a incerteza como bem mais que uma etapa ou vicissitude temporária” (Vianna,2020, p. 13).

Em *Vidas e Palavras*, Das (2020) afirma que a etnografia é também uma forma de autobiografia. Tanto em uma, quanto em outra, é preciso sustentar a incerteza para ser possível habitar o mundo, a vida e o futuro. Nomeio de zona de não-saber o lugar onde devemos nos demorar, onde devemos descansar, onde devemos nos permitir estar, mesmo que para isso seja preciso ir contra o tempo, matar o tempo e o espaço, romper com suas fronteiras cósmicas e quânticas.

Foi a zona de saber, o saber absoluto sobre os outros, a ciência como a luz da verdade, que nos trouxe até aqui. No aqui e no agora, se quisermos ter algum “horizonte de futuro”, mesmo em “cenários de devastação” como é o mundo em que vivemos, se quisermos ter a possibilidade de “sustentar a vida em momentos de atordoamento” (Das, 2018, p. 537), precisaremos suportar sustentar as incertezas, precisaremos suportar assistir a queda do céu, se demorar nas zonas de não-saber e no trabalho do tempo para, enfim, habitar outro futuro, construir outro mundo.

Foi na zona de não-saber que essa tese foi escrita. Espero que seja nesta mesma zona que ela seja lida...

La Maza

Si no creyera en la locura
 De la garganta del sinzonte
 Si no creyera que en el monte
 Se esconde el trigo y la pavura

Si no creyera en la balanza
 En la razón del equilibrio
 Si no creyera en el delirio
 Si no creyera en la esperanza

Si no creyera en lo que agencio
 Si no creyera en mi camino
 Si no creyera en mi sonido
 Si no creyera en mi silencio
 [...]

Si no creyera en lo más duro
 Si no creyera en el deseo
 Si no creyera en lo que creo
 Si no creyera en algo puro

Si no creyera en cada herida
 Si no creyera en lo que rondé
 Si no creyera en lo que esconde
 Hacerse hermano de la vida

Si no creyera en quién me escucha
 Si no creyera en lo que duele
 Si no creyera en lo que quede
 Si no creyera en lo que lucha

¿Qué cosa fuera, qué cosa fuera la maza sin cantera?
 Un amasijo hecho de cuerdas y tendones
 Un revoltijo de carne con madera
 Un instrumento sin mejores pretensiones
 De lucecitas montadas para escena
 ¿Qué cosa fuera, corazón, qué cosa fuera?
 ¿Qué cosa fuera la maza sin cantera?
 Mercedes Sosa

Música: La Maza / Composição: Silvo Rodriguez.

PARTE I – A GESTÃO DO CUIDADO NUMA PERSPECTIVA MACRO

Figura 10 – Mapa Mundi



Fonte: Maria Viana (desenho). Ueslei Solaterrar (concepção).

1 HISTÓRIA DA GESTÃO DO SOFRIMENTO: UMA PERSPECTIVA FANONIANA PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Figura 11 - Exposição na Galeria Superfície



Fonte: Rosana Paulino, 2016.

A doutora passou remédio para raiva. Risos....Eu fiquei muito decepcionada, muito triste.... muito... muito profundamente com raiva dela falar uma coisa daquela.(...) Ela me ofendeu demais da quantia. Aqui ó...ó, o retorno, quarenta dias. Presta atenção nisso. Olha, e ainda mais, eu conheço médico, médico, médico, médico, médico,médico mermo! Direito, entendeu? Ela é a copiadora. Eu sou amigo dela! Eu gosto dela, eu quero bem a ela. Quero bem a todos, mas ela é a copiadora. Eles estão, sabe, fazendo o quê? Dopando, quer quem seja?...com um remédio só! Não pode, o remédio...quer saber mais que Estamira?(...) Eu não quero o mal deles não, mas eles estão copiando! O tal do Diazepam, então! Entendeu? Se eu sou louca...visivelmente, naturalmente...eu fico mais louca! Entendeu agora? (...) Uma conversinha qualquer e só copeia...ah, que que há, rapaz? Isso não pode, não senhor! (...) É proibido!(...) E eu não estou brincando...eu estou falando sério (Estamira, Documentário, 2006).

Começo este capítulo com a voz, o grito e a reivindicação de Estamira. Mulher negra, louca, nascida na fazenda Jenipapo, Jaraguá, Goiás, no dia 07 de abril de 1941. Essa fala é do documentário de 2006 dirigido por Marco Prado e retrata a vida dessa mulher a partir do aterro sanitário de Gramacho, Caxias, onde viveu por 22 anos. Mãe de três filhos, perdeu seu pai muito cedo, sendo criada por sua mãe e avó. Sua mãe também tinha diagnóstico de transtorno mental e chegou a ser internada no Hospital psiquiátrico Pedro II, mesmo contra a vontade de Estamira, segundo ela: “coitada de minha mãe, mais perturbada que eu. Bem, eu

sou perturbada, mas lúcida, e sei distinguir a perturbação. Mas, coitada da minha mãe, não conseguia. Mas, também pudera, eu sou Estamira”.

O avô abusou sexualmente dela, levando-a para um bordel aos 12 anos de idade, onde ficou por mais 5 anos, e de onde saiu para se casar com o marido que conheceu por lá. Viveu dois casamentos marcados por violências. É a partir do rompimento com o segundo marido que ela vai viver no aterro do Jardim Gramacho na Baixada Fluminense. Estamira morreu no dia 28 de julho de 2011, aos 70 anos, no Hospital Miguel Couto, Rio de Janeiro, em decorrência de uma septicemia e em condições de precarização do cuidado em saúde pública.

Em determinado momento do documentário, ela apresenta o que chama de “trocadilo” como aquilo que “faz as pessoas viverem na ilusão, e acreditar em coisas que não existem”. Nas palavras de Souza (2007, p. 53), o “trocadilo cumpre, portanto, a função de ser sua palavra de ordem, na qual concentra sua denúncia em relação às injustiças que sofreu. Situações devoradoras, imagens crocodilos que a engoliram, e que a obrigaram a construir sua vida sempre na fragilidade de um equilíbrio mínimo”.

A escolha de trazer Estamira, seu corpo, sua história, seu relato e testemunho públicos, é pela aposta de que ela nos conta sobre como habitar a loucura, como habitar o lixão, como habitar a rede de atenção psicossocial de municípios da Baixada Fluminense, como habitar uma existência marcada por violências e precarizações. Souza (2007, p. 54) nos lembra que:

Estamira nos coloca poeira nos olhos. Nos sujamos com nossa própria ideia de progresso e, quando vemos aquele burburinho de seres humanos disputando o lixo, junto com os urubus, nos perguntamos, novamente, sobre de que progresso estamos falando! Podemos lembrar aqui uma reflexão do Karl Kraus sobre o sentido do progresso. Ele nos diz em um texto de 1990 que “a máquina serve a grande propagação da poeira”. (KRAUS, 1990, p. 138). Esta poeira perturba nosso olhar e nos introduz em uma história dos objetos rejeitados. (2007, p. 54)

“Eu, Estamira, sou a visão de cada um. Ninguém pode viver sem mim”. Por meio dessa frase, Estamira nos conta sobre sua missão de “revelar a verdade, de capturar a mentira e tacar na cara”. É nessa direção, de tirar a poeira dos olhos, capturar a mentira e (re)contar a história de alguns objetos/pessoas rejeitadas, que este capítulo se estrutura. Aqui buscarei olhar para a gestão (Souza Lima, 2012)³ do cuidado em saúde mental a partir de uma mirada

³Toma-se gestão no sentido duplo de gerar e gerir (Souza Lima, 2002). O autor ratifica que são duas dimensões constitutivas: “Gestar - ‘formar e sustentar (um filho) no seu próprio ventre (Houaiss e Villar, 2001, p.1.499) - e ‘gerir’- ‘exercer gerência sobre; administrar, dirigir, gerenciar” (Houaiss e Villar, 2001, p. 1.447) - são léxicos oriundos de uma única etimologia latina, duas dimensões decupáveis da mesma operação a nos permitirem recortar e descrever nuances nos exercícios de poder. ‘Gestar’ aponta-nos para a função constitutiva e

macro-conceitual, teórica e epistemológica; farei uma espécie de genealogia, uma revisita à noção de loucura, enquanto categoria social, teórica e política, e à da gestão do sofrimento e do cuidado que se engendra a partir dela, ou seja, as respostas produzidas sobre a loucura ao longo do tempo.

Toma-se a genealogia a partir da proposição de Foucault (1993), "como análise da proveniência está (...) no ponto de articulação do corpo com a história. Ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo" (1993, p. 22). Faé (2004) nos lembra, ainda, que Foucault entende o sujeito como efeito de formações discursivas que surgem em meio a um jogo de forças que se atualizam não evolutivamente, mas a cada momento.

Logo, entende-se genealogia como formas de poder, como "relações de força que se entrecruzam, que remetem umas às outras, convergem ou, ao contrário se opõem (...)" (Foucault, 1997, p. 71). Pretende-se, portanto, olhar para as relações de poder e forças que engendraram a gestão do sofrimento enquanto "loucura" e "transtorno mental", bem como as respostas oriundas para gerir tal sofrimento proveniente destas formações discursivas, pela aposta de que a formação dos discursos e das formas de nomeações das coisas se dá "ao mesmo tempo dispersa, descontínua e regular" (Foucault, 1996, p. 65-66).

O que se entende por loucura? Quais os nomes possíveis para essa forma particular de ler, nomear e gerir o sofrimento? Ou ainda, o que fazer com pessoas tidas como loucas? Essas são perguntas que orientam os caminhos trilhados neste capítulo que pretende, ainda, revisitar a história da loucura, a história da reforma psiquiátrica e o cuidado em saúde mental a partir do diálogo com a proposição do Franz Fanon quanto à noção de sociogênese. Não uma revisita exaustiva e minuciosa, mas em seus aspectos e pontos que nos ajudem a discutir os objetivos deste texto. Consoante a isso, em seu livro "Peles Negras, Máscaras brancas", o autor nos diz:

Reagindo contra a tendência constitucionalista em psicologia do fim do século XIX, Freud, através da psicanálise, exigiu que fosse levado em consideração o fator individual. Ele substituiu a tese filogenética pela perspectiva ontogenética. Veremos que a alienação do negro não é só uma questão individual. Ao lado da filogenia e da ontogenia, há a sociogenia. De certo modo, para responder à exigência de Leconte e

Damey, digamos que o que pretendemos aqui é estabelecer um sociodiagnóstico (2008, p. 28).

Khalfa (2016, p.94), comentando sobre a sociogênese fanoniana, afirma que “(...)se não há uma organogênese pura das doenças mentais, também não há uma psicogênese pura, apesar do progresso que constitui a psicanálise de Freud. Para Fanon, esta oposição se tornou obsoleta e ele propõe associar a sociogênese à organogênese e à psicogênese”, a partir da defesa de que “as formas tomadas pelas doenças mentais são determinadas pela estrutura das relações das quais o indivíduo é capaz ou incapaz de participar e, logo, por fatores "externos", nem orgânicos nem psíquicos, mas institucionais, sociais e culturais (ou antropológicos)”.

Entende-se que não há possibilidade de pensar o “bio”, o orgânico, desassociado do “psico” e do “social”, para fazer referência à definição idealizada da Organização Mundial de Saúde, de 1998, de saúde como um “completo bem-estar” físico, mental, social e espiritual e não apenas ausência de doença. (Oliveira; Junges, 2012). Por conseguinte, ratifica-se os cuidados para não super valorizarmos um desses pólos.

Martinho Silva (2013, p.59), ao pensar o campo da saúde mental, resgata que “uma das teses sobre a constituição deste campo aponta para a centralidade da psiquiatria biológica como saber, em disputa com outros de ordem ‘psi’ e ‘social’, sendo que estaria em processo uma biologização do mental nas últimas décadas”. Muitos autores defendem essa tese, a exemplo de Duarte (2010), Russo e Venâncio (2006). Por sua vez, “outros autores indicam processos distintos que se encontram em curso neste mesmo campo, como a sociologização do sofrimento e a desbiologização da patologia⁴ (Biehl, 2005)”.

Entretanto, considera-se que a dimensão social, segue sendo invisibilizada ou ocupando lugar acessório na gestão do sofrimento e do cuidado no campo dos “saberes psis” (psicologia, psiquiatria e psicanálise) hegemônicos, sobretudo, mas também no campo da saúde mental. Por esse motivo, a aposta de olhar para alguns aspectos da história da loucura e da Reforma Psiquiátrica numa aproximação com a sociogênese fanoniana que, argumento, tem aproximações, mas traz especificidades importantes com relação à perspectiva socioantropológica.

⁴ Processos que, a meu ver, dialogam com uma perspectiva dualista sobre mente e corpo e que, por conseguinte, não necessariamente têm efeitos na descentralização do medicamento e saber médico nas respostas construídas para o sofrimento, numa espécie de solução esquizofrênica pela desbiologização do corpo concomitante a farmacologização da mente. Proposição que por questão dos limites deste texto será desenvolvida em outros trabalhos.

Segundo Kleinman, Das e Lock (1997, p.09, tradução nossa), o sofrimento social “o sofrimento social resulta do que o poder político, econômico e institucional produz nas pessoas e, reciprocamente, de como essas formas de poder, elas próprias, influenciam as respostas aos problemas sociais”. É sobre os “danos devastadores que a força social inflinge na experiência humana”.

Com Solaterrar e Lowenkron (2020), afirma-se que no “sofrimento social”, por vezes, falta a dimensão da “cor, da carne e do sangue” trazida pelo debate dos marcadores sociais da diferença, pelo feminismo negro e, como defendo aqui, pela sociogênese fanoniana. Em alguma medida, “o social” segue sendo posto de um modo homogêneo e pouco destrinchado em termos das suas marcas e diferenciações de raça, de gênero, de território etc., articuladas à classe, categoria que ganha luz e privilégio quando se fala na dimensão social.

Em outros termos, seja pela tese da “biologização do mental”, da “desbiologização da patologia”, seja pela “sociologização do sofrimento”, a questão racial, o evento racial (Ferreira da Silva, 2016) fica foracluído⁵. Nas palavras de Lacan ([1955-1956] 2010, p. 178), “trata-se da rejeição de um significante primordial em trevas exteriores, significante que faltará desde então neste nível”. Foracluir é sobre, numa definição a partir do francês, “excluir, privar, expulsar, impedir, banir, omitir, cortar, prender do lado de fora ou banir alguém para fora de algum limite” (Rabinovitch, 2001, p. 17).

Portanto, sobre rejeição, seja rejeição como “mecanismo de funcionamento insciente que trata da formação das psicoses” (Barbosa, 2019, p.60); seja a rejeição a que se referiu Lélia González (1984, 1988), ao falar do racismo à brasileira, do racismo por denegação⁶, do racismo como “sintoma da neurose da cultura brasileira” que se entende branca, numa cultura

⁵ No sentido da psicanálise lacaniana, “a foraclusão é uma hipótese criada por Lacan para explicar a ausência do significante Nome-do-Pai na cadeia significante e no lugar do Outro. Essa hipótese, que estaria na base da estrutura psicótica, indica seu mecanismo de defesa. Nesse caso, a psicose seria definida pela não inscrição desse significante que é o responsável pela possibilidade de significação” (Barbosa, 2019, p.57) . Lacan parte da gramática do direito, onde foraclusão fala sobre a “caducidade de um direito não exercido nos prazos prescritos” (Maleval, 2002, p. 61) e do termo do Freud, em alemão, “*Verdrängung*” (“repressão” ou “recalque”, a depender da tradução).

⁶ Tanto no texto “A categoria político-cultural de amefricanidade”, de 1988, quanto no “Racismo e sexismo na cultura brasileira”, Lélia analisa o modo de formação da sociedade brasileira a partir do racismo por denegação, o racismo que conforma o que chamada de “Améfrica Ladina”, maior parte da população ameríndia e amefricana, por meio das “teorias” da miscigenação, da assimilação e da democracia racial: “o racismo por denegação é sofisticado, alicerçado na ideologia do branqueamento: o mito da superioridade branca impõe o desejo de embranquecer, “limpar o sangue”, negando a raça e a cultura” (Maeda, 2020). Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/sororidade-em-pauta/o-racismo-brasileiro-na-obra-de-lelia-gonzalez/>.

Acesso em: 20 de abril de 2024.

que revela a ancestralidade e herança afropindorâmica constantemente escondida, invisibilizada, excluída.

Ou seja, a questão racial tem sido rejeitada, tem sido foracluída, “presa do lado de fora” (Rabinovitch, 2001) dos debates sobre a gestão do sofrimento. Para Fátima Lima (2020), “a obra de Fanon reposiciona a mirada sobre as discussões acerca da ideia de sujeito e, conseqüentemente subjetividade em direção aos processos sociais e culturais” (Lima, p.87). Processos sociais, culturais e raciais, acrescento. É pela aposta de que a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como desafio atual, se quiser seguir caminhando na direção da radicalização da sua ética antimanicomial, fazer operar os processos sociais, culturais e raciais; tendo em vista a hegemonia dos processos orgânicos e psíquicos, para as formas de gestar e gerir o sofrimento nos seus diferentes dispositivos que o objetivo aqui é se aproximar das contribuições de Fanon e realizar uma espécie de sociodiagnóstico da própria história da loucura.

O capítulo está dividido em três partes, num primeiro momento, revisita-se a história da loucura a partir de um sobrevoo, no sentido de não se ter a pretensão de esgotar toda a trajetória, pela história da psiquiatria e dos saberes psis (psiquiatria, psicologia e psicanálise) e do nascimento do manicômio, do modelo hospitalocêntrico e biomédico como resposta privilegiada para o cuidado da loucura. Na segunda parte, revisita-se as respostas construídas pelas reformas psiquiátricas ao modelo hospitalocêntrico e manicomial, com ênfase para a reforma psiquiátrica brasileira e a constituição do paradigma da atenção psicossocial no país. Por fim, busca-se refletir e analisar sobre os caminhos que a Reforma Psiquiátrica brasileira e o campo da atenção psicossocial nacional ainda precisam avançar a partir do diálogo com as contribuições da sociogênese fanoniana, das ecologias do fim deste mundo e de uma poética negra feminista.

O objetivo aqui é esse sobrevoo, num esforço de síntese de um longo percurso atravessado por muitos debates políticos e acadêmicos, sem pretender esgotá-los ou aprofundá-los, o que já foi feito por importantes estudos no campo em que dialogo neste trabalho. Meu objetivo é realizar um sobrevoo no sentido de visitar essa trajetória, essas histórias para apresentar os processos e o contexto a partir dos quais penso algumas críticas, propostas e contribuições para o campo.

A premissa aqui é a de que não há como repensar o campo da gestão dos cuidados, sem repensarmos o campo da gestão do sofrimento, tendo na loucura uma de suas formas de gestão. Logo, tensiono a noção de gestão do sofrimento hegemônica no campo, em diálogo com a ideia de sofrimento encruzilhado (Solaterrar, 2021). A aposta é que a aproximação do

campo da atenção psicossocial com os debates e tensionamentos da sociogênese, do feminismo negro e do pensamento contracolonial (Santos, 2023) pode produzir movimentos e avanços importantes no ponto em que estamos. Quais manicômios ainda precisamos derrubar? Quais muros internos ao campo da atenção psicossocial seguem pouco ou nada desestabilizados e, em alguma medida, ainda sustentando uma certa lógica manicomial interna a este campo? Por fim, em meio a rupturas importantes que o movimento da luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira vêm engendrando o que de velho tem insistido em permanecer no produto novo dessa mesma reforma?

1.1 Um sobrevoo pela história da loucura

Para Bourdieu, o campo científico é marcado pela disputa e se organiza em torno daquilo que nomeia como luta concorrencial: o que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado (Bourdieu, 1983, p. 122-3).

A trajetória da história da loucura e da Reforma Psiquiátrica brasileira se dá em um campo de forças que não exclui tensão em torno da autoridade científica, a disputa de interesses financeiros e políticos, e a disputa de sentido, porque, ao fim e ao cabo, trata-se de de um debate necessário sobre modelos de sociedade e de ciência, a meu ver, inseparáveis.

Marcus Vinícius de Oliveira (2007) chama atenção para o fato de que apenas quando as alterações do funcionamento psíquico dos sujeitos ultrapassam certo patamar da crítica tolerada por nossa sociedade - ocidental, desigual e pós-moderna -, clama-se por encaminhamentos dos casos para tratamento, demanda-se, veementemente, por internação. Com o autor, nota-se que o ponto de corte para a construção do “comportamento bizarro ou desviante” como alvo das intervenções psiquiátricas, sobretudo na geração de demandas de internações, situa-se, mais fortemente, em marcadores sociais (noção de normal e patológico, noção de periculosidade, infantilidade, estigma, escassez de recursos e suporte, etc.) do que em marcadores clínicos ou da sintomatologia estritamente psíquica.

Em “A história da Loucura”, Foucault (1997) defende a tese de que a loucura ou psicose, sendo classificada como “doença mental” e inscrita como um fato médico, não é um dado natural, ou seja, houve uma história de construção dessas aproximações e apropriação

do saber biomédico. É a partir da metade do século XVII que a ligação entre a loucura e o internamento, por exemplo, ocorrerá.

O que fazer com as pessoas em sofrimento grave? O que fazer com as pessoas tidas como loucas? Ao tomarmos tal questão como guia, percebemos que a loucura nem sempre foi vista como “doença mental” passível de ser tratada pelas profissões da saúde mental. Ao olharmos para a história do sofrimento humano a partir da noção da construção social da doença (Conrad e Barker, 2013), entende-se que a leitura do sofrimento seja como “loucura”, “doença” ou “transtorno mental” é uma construção histórico-social que fala, portanto, de um certo modo de governo, de uma certa forma de (des)fazer o sofrimento.

Argumento que a própria categoria “sofrimento” é naturalizada no campo da saúde mental, no sentido de que esta muito facilmente propícia ao deslizamento para o paradigma biomédico ou psicogênico, deixando de lado outras formas, compreensões e deslizamentos que essa categoria pode ter e tem, por exemplo, a partir de outros campos, como o socioantropológico e a noção de “sofrimento social”; ou o campo da psicologia social e sua noção de “sofrimento ético-político” (Sawaia, 1999, Lane e Sawaia, 1994). Pelo potencial de nos ajudar a desinstitucionalizar a própria noção naturalizada sobre as leituras das formas de sofrer a partir do campo da saúde mental, aposta-se na força da categoria do sofrimento, em seu diálogo com outros campos. Afinal, seja com Buda, com Schopenhauer, com Nietzsche, com Freud, com as neurociências e pesquisas de Sidarta Ribeiro, com Estamira ou com Carolina Maria de Jesus: viver é sofrer.

Conrad e Barker (2013, p.183), a partir do construcionismo social enquanto “um arcabouço conceitual que enfatiza os aspectos culturais e históricos de fenômenos amplamente considerados exclusivamente naturais, afirmam que algumas doenças, algumas formas de sofrer “são particularmente permeadas por significados culturais que não derivam diretamente da natureza de uma condição de saúde, mas modelam as formas como a sociedade responde aos enfermos e influenciam a experiência dessas doenças”.

A história da loucura é a história do processo de medicalização (Conrad, 2007) do sofrimento, um processo de fazer o sofrimento a partir da sua biomedicalização e psicologização. Um processo, portanto, de invisibilização de outras epistemologias e formas de compreensão. Sempre existiu, e ainda há, diferentes leituras e nomeações para o sofrimento grave ao longo da história da humanidade, contudo, antes da modernidade, antes do século XVIII, o sofrimento grave e a loucura não tinham o mesmo sentido que passamos a atribuí-lo hegemonicamente no campo da saúde mental a partir da sua história de medicalização (Foucault, 1997).

Resgato aqui três tradições que podem nos ajudar a nos aproximarmos dessa história de medicalização: a tradição sobrenatural, biológica e psicológica (Cordás et al., 2011; Erípedes et al., 2011). Ou seja, como que a compreensão sobre o sofrimento, enquadrado como “desrazão”, percorreu do culto e admiração, da ideia da possessão demoníaca, da grande internação do século XVII, do modelo manicomial e hospitalocêntrico até chegar ao modelo de atenção psicossocial, ao CAPS e à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como respostas possíveis para o “sofrimento psíquico grave” ou os “transtornos mentais graves, severos e persistentes”? Essa é uma história que narra as disputas de narrativa, disputas de paradigmas acerca da questão da leitura do sofrimento e cuidado para pessoas em sofrimento. Uma história da multiplicidade de abordagens, referenciais teóricos e perspectivas éticas, metodológicas e epistemológicas.

1.1.1 A tradição Sobrenatural

No contexto da Grécia Antiga, a loucura podia ser considerada uma manifestação divina, levando as pessoas a movimentos de culto e admiração dos tidos como loucos; mas também, podia ser vista como a ira dos deuses sobre os humanos. Já na Idade Média, o louco era visto como uma associação demoníaca, um ser maligno. A loucura como resultado de possessões demoníacas, de efeitos de feitiçaria, como defendido no livro “O martelo das bruxas”, de 1486, de Kramer e Springer, os quais associavam a loucura como sinal de bruxaria em mulheres. Isso, por sua vez, levou milhares delas a serem mortas pela Inquisição por 150 anos.

A obra “Nau dos Loucos” ou “Nave dos Loucos” do artista Bosch, pintada, provavelmente, entre 1503 e 1506, retrata um sentido para a loucura desse período que diz da perda e corrupção dos valores morais. Devido à religiosidade e ao teocentrismo, acreditava-se que o sofrimento psíquico estava relacionado à “libertinagem” e que as pessoas eram excluídas do convívio social ou mortas. Para Foucault (1997), a variadas formas plásticas e literárias desde o século XV nos mostram o quanto a loucura tem assombrado a imaginação da sociedade ocidental.

1.1.2 A Tradição Biológica

Ao lado de explicações sobrenaturais, tentativas de explicações naturais para o

sofrimento também existiram em diversos períodos históricos. Por exemplo, desde a Grécia Antiga, Hipócrates (460 -377 a.C.), conhecido como o pai da medicina, no livro “Da natureza do Homem”, já postulava a associação entre a saúde com o equilíbrio entre quatro humores, fluidos corporais: o sangue, a bÍlis negra, a bÍlis amarela e a linfa (ou fleuma). Posteriormente, Galeno (129-198 d.C.) resgata tal teoria e fortalece a chamada teoria humoral⁷ dos transtornos na defesa de que nossa personalidade e a propensão a certas formas de sofrer e adoecer estariam ligadas ao desequilÍbrio entre tais fluidos. DaÍ surgem os quatro temperamentos, ou humores: sanguíneos, coléricos, melancólicos e fleumáticos. A explicação, bem como o tratamento para o desequilÍbrio entre tais fluidos, estavam relacionados com as condições de alimentação e com as condições ambientais e climáticas (calor, frio, umidade e secura).

Em outro movimento de explicação natural para as questões do sofrimento, Paracelso (1493-1541), médico suÍço, associa o movimento da lua e das estrelas com efeitos sobre o funcionamento psicológico das pessoas, dando origem ao termo “Lunático” como uma das formas de nomear os loucos. Barros (2002) demonstra como Paracelso se opõe aos pensamentos de Hipócrates e Galeno “não são no sentido de compreender a natureza através de análises quÍmicas, mas também, no entendimento de que as doenças teriam uma entidade independente no organismo, por exemplo, uma origem em motivações psÍquicas” (Leberle, 2017, p.11).

Para Paracelso, as respostas deveriam passar, portanto, com medicamentos de origem quÍmica. Era o nascimento do modelo biomédico fortalecido ao longo da modernidade a partir do pensamento de Descartes (1596; 1650). PerÍodo no qual a fÍsica mecânica de Newton vai fortalecendo uma concepção cartesiana do corpo, uma concepção de fragment-lo para conhecer melhor, do corpo como objeto de investigação e de controle do médico (Barros, 2002).

A medicina clÍnica e patológica passa a crescer por meio de uma abordagem nosográfica, em oposição à biografia das doenças. Pela abordagem nosográfica, estudos e investigações são feitas no que tange a neuroanatomofisiologia, bactÍrias etc. Por sua vez, no contexto do século XIX, o psiquiatra alemão Kraepelin defende que existiria um órgão por trs do sofrimento psÍquico: o cérebro. Logo, o adoecimento mental seria fruto de desordens genéticas e biológicas.

Assim como uma interpretação do sofrimento a partir da tradição sobrenatural engendra atos de exorcismo, desposseo espiritual, cura da alma e espÍrito etc., a

⁷ Para mais informações, ver: Hegenberg (1998); Barros (2002); Rego (2006); e Leberle (2017).

interpretação a partir da tradição natural engendrou diversos métodos que hoje entendemos como perigosos e antiéticos, para citar alguns⁸:

- **Alarioterapia:** 1920-1960, médico austríaco Julius Wagner, febre alta/convulsões, prêmio Nobel em 1927;

- **Insulinoterapia:** 1927, neurologista e psiquiatra polonês Manfred Sakel, alta dose de insulina, mas com melhora temporária da chamada “psicose maníaco-depressiva” (transtorno bipolar do humor);

- **Trepanação:** cirurgia em que se abre um buraco no crânio de 2,5/3,5 cm de diâmetro. Achados arqueológicos mostram que era realizada há mais de 40 mil anos em rituais religiosos. Defensores da “técnica” afirmam que seria uma forma de facilitar o fluxo sanguíneo no cérebro e melhorar as funções cerebrais”;

- **Lobotomia:** cirurgia para separar o lobo pré-frontal do resto do cérebro ou retirar partes específicas do cérebro. Criada pelo neurologista português Egas Moniz (1935 - Nobel em 1949), tentativa de reduzir depressão e psicoses, passou a ser usada maciçamente, inclusive em crianças e adolescentes “agitados”. Entre 1945 e 1956, mais de 50 mil pessoas em todo o mundo passaram pelo tratamento;

- **Terapia Rotacional:** o avô de Charles Darwin, Erasmus Darwin, era médico, filósofo e cientista. Ele acreditava que o sono causado por girar uma pessoa rapidamente, por tantas rotações, curaria doenças. Anos depois, o médico norte-americano Benjamin Rush adaptou o tratamento para pacientes psiquiátricos. Ele defendia que girar a cabeça do paciente rapidamente liberava a “congestão cerebral”;

- **Hidroterapia:** início do século XX, um dos tratamentos envolvia mumificar o paciente em toalhas molhadas em água congelante. Outro prendia o paciente em uma banheira por horas ou dias, somente permitindo que ele saísse da água para usar o banheiro. Havia também uma modalidade que prendia a pessoa na posição da cruz e esguichava-se água gelada com uma mangueira de alta pressão;

- **Eletroconvulsoterapia (ECT):** conhecida como “eletrochoque”, envolve a indução de uma crise convulsiva por meio de uma corrente elétrica. Embora outras formas de produção de convulsão tenham sido usadas no passado, em 1938, os neuropsiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini consolidaram a ideia de usar a eletricidade para estimular uma convulsão no tratamento de condições psiquiátricas (esquizofrenia refratária, depressão grave,

⁸ Disponível em: https://hypescience.com/7-bizarros-tratamento-psiquiatricos/#google_vignette. Acesso em: 20 de abril de 2024.

transtornos do humor etc.). Uso como instrumento de tortura em manicômios;

Destaca-se que todos esses métodos e técnicas utilizados, em algum momento, já foram alvo de inúmeras controvérsias por seus efeitos colaterais e até mesmo riscos à vida. Essa perspectiva biológica para o sofrimento já orientou teorias eugênicas que hoje entendemos como pseudocientíficas, como a frenologia. Proposta por Franz Gall e seu aluno Gaspar Spurzheim, no contexto da França do século XIX, a frenologia alega que a forma e protuberâncias do crânio são indicativas das faculdades e aptidões mentais de uma pessoa (ex.: osso sobressaltado atrás da orelha como sinal de benevolência e depressões, na nuca, de libido alta). Ideias que influenciam e dialogam com a antropologia criminal e as ideias do italiano Cesare Lombroso, nesse mesmo período, sobre a predisposição biológica, fenotípica e morfológica de alguns indivíduos à conduta anti-social e à periculosidade. A teoria do criminoso nato. Tais traços estariam demarcados a partir dos traços faciais e das formas corporais.

Ideias como essas já foram tidas como científicas e utilizadas, por exemplo, para criminalizar e patologizar pessoas negras no bojo de um racismo científico que segue com reverberações e efeitos no modo como a sociedade ocidental, de forma mais geral, e a brasileira, de modo mais específico, segue lendo e se relacionando com pessoas negras a partir do lugar do crime, da patologia, enfim, do desvio.

A própria noção de raça biológica foi utilizada para justificar a inferiorização das pessoas negras a partir, inclusive, de aspectos psíquicos e mentais. Souza (1983, p.19) afirma que “a sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça (noção ideológica), demarcou o seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco, e instituiu o paralelismo entre cor negra e posição social inferior”.

Um importante nome na psiquiatria brasileira da época, considerado precursor e fundador da disciplina aqui, mas não por acaso, invisibilizado muitas vezes, é o médico baiano, de Salvador, Juliano Moreira. Em suas palavras, “o álcool infiltrava nos neurônios os elementos degenerativos que, reforçados através dos tempos, dão razão de ser de muita tara atual, atribuída à raça e à mestiçagem por todos aqueles que não se querem dar ao trabalho de aprofundar as origens dos fatos”.

Ou seja, Juliano Moreira discordava diretamente da associação entre raça negra, mestiçagem e degeneração, bem como das tentativas de explicação colonial do sofrimento e adoecimento mental a partir do clima tropical local, numa tentativa de resgate das ideias de Hipócrates e Galeno, por exemplo:

Um aspecto marcante na obra de Juliano Moreira⁹ foi sua explícita discordância quanto à atribuição da degeneração do povo brasileiro à mestiçagem, especialmente a uma suposta contribuição negativa dos negros na miscigenação. A posição de Moreira era minoritária entre os médicos, na primeira década do século XX, época em que ele mais diretamente se referiu a esta divergência, polemizando com o médico maranhense Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906). Também desafiava outro pressuposto comum à época, de que existiriam doenças mentais próprias dos climas tropicais (Oda e Dalgallarrondo, 2000, p.178).

Schwarz (2001) demonstra o quanto teorias supostamente científicas foram utilizadas para tentar naturalizar as disparidades sociais a partir da premissa de uma ciência positivista e determinista que defendia a superioridade de “caracteres mentais, somáticos, psicológicos e culturais da raça branca” (Guimarães, 2008, p. 66), ao mesmo tempo em que se utilizava de dados estatísticos de forma racista para ratificar uma suposta predisposição de populações negras, indígenas e descendentes de asiáticos a doenças infecto-contagiosas, como a sífilis, que era um problema de saúde pública à época (Costa, 2006; David, 2023).

David (2023) reforça que ideias como essas eram defendidas por importantes intelectuais da época, século XX, no território nacional, como Batista Lacerda, Nina Rodrigues, Roquette Pinto, Renato Kehl, Xavier Oliveira, Henrique Roxo, Pacheco e Silva, A Liga Brasileira de Higiene Mental, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, demarcando as bases fortemente eugenistas e coloniais da psiquiatria:

Na Bahia é a raça, ou melhor, o cruzamento racial que explica a criminalidade, a loucura, a degeneração. Já para os médicos cariocas, o simples convívio das diferentes raças que imigraram para o país, com suas diferentes constituições físicas, é que seria o maior responsável pelas doenças, a causa de seu surgimento e o obstáculo à “perfectibilidade biológica” (Schwarz, 1993, p. 191).

Toda uma política de mestiçagem para embranquecer a população é oriunda de tais teorias e contexto da época (Munanga, 2004): “miscigena-se para ‘embranquecer’ jamais para ‘empretec’”. Com esses princípios, com essas crenças, convive a sociedade brasileira até hoje”. (Deus, 2000, p.3). Como aponta a pesquisadora Lilian Chaves (2020, p.22), a antropologia nos ajuda a olhar para essa história desde “os estudos a respeito da formação da

⁹ Para mais informações, ver trabalhos do autor sobre os temas: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans le climats tropicaux. Arq Bras Psiquiatr Neurol Ciênc Afins, 1906 e MOREIRA, J. A luta contra as degenerações nervosas e mentais no Brasil (comunicação apresentada no Congresso Nacional dos Práticos). Brasil Médico 1922.

nação” onde o tema da loucura aparece “imiscuindo-se nas discussões sobre raça e crime¹⁰”.

A segunda metade do século XX é fortemente atravessada pelo desenvolvimento dos primeiros medicamentos psicotrópicos. Em 1952, a clorpromazina surge como primeiro psicotrópico no Hospital psiquiátrico Saint-Anne, em Paris. Antes, outras substâncias como o ópio foram utilizadas. Pouco tempo depois, na década de 1970, os benzodiazepínicos já estavam entre as drogas mais prescritas do mundo e a presença da indústria farmacêutica no campo da saúde mental e da gestão do sofrimento passaria a ser decisiva e hegemônica.

Como descreve Vechi (2004), nas décadas de 1980 e 1990 tem-se um retorno a força da Psiquiatria Biológica por meio das leituras eminentemente somáticas a respeito da “doença mental”. Novo fôlego que foi sustentado pelas pesquisas científicas com relação aos “novos psicofármacos, exames com ressonância nuclear magnética, tomografia por emissão de pósitrons, por emissão de fóton simples, mapeamento da atividade elétrica cerebral, descrição de novos receptores do sistema nervoso central, entre outros, que lhe permitiram se aproximar da clínica médica”. Tal conjuntura, por conseguinte, passa a valorizar as respostas da psicofarmacologia para o sofrimento e a loucura. Processo este nomeado de remedicalização da Psiquiatria (Serpa Jr., 1992).

1.1.3 A Tradição Psicológica

E a tradição psicológica? Para compreender tal forma de gestão do sofrimento, faz-se necessário entender o que foi e o que representou a chamada Idade Moderna. Em termos históricos, define-se Idade Moderna como o período posterior à Idade Média, ou seja, logo após a queda de Constantinopla, em 1453, até a Revolução Francesa, em 1789 (Século XV ao XVIII). Foi um período marcado pelo renascimento artístico, político e cultural, pelo capitalismo industrial, iluminismo e revolução industrial. Mas, a modernidade é marcada, sobretudo, pela inauguração de um modo de governo, o colonialismo.

Para Oyèrónké Oyèwùmí (2004), a matriz moderno-colonial é a expansão da hegemonia cultural da Europa e a construção do modelo de um modelo de humanidade, de cidadão de primeira categoria: europeu, homem, racional, branco, heterossexual, cisgênero e cristão. Como justificar tais premissas? Fazia-se necessário a articulação de saberes de

¹⁰ Para mais informações, ver: “Loucura e saúde mental na antropologia brasileira: quatro décadas de dissertações e tese” (Chaves, 2020). Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/501/476>. Acesso: 11 de maio de 2024.

diversas ordens, incluindo a religião, mas apenas a religião já não dava conta de sustentar as verdades do mundo, já que estávamos na transição do teocentrismo para o antropocentrismo. Logo, como sustentar esse reiterado processo de classificação e hierarquização das pessoas entre os humanos e os não-humanos? A ciência surge como ferramenta e arma para, junto com a religião, justificar a intervenção do estado, da igreja e da medicina e outras disciplinas, como por exemplo, a psiquiatria.

É nesse contexto que se dá o nascimento da psiquiatria. As ideias de Freud e a sistematização da noção de inconsciente a partir da Psicanálise no início do século XX, bem como o desenvolvimento das ideias do modelo comportamental também fazem parte de eventos importantes da conformação da tradição psicológica, mas aqui nos deteremos um pouco mais na chamada teoria moral do médico francês Pinel.

O contexto era a Europa do século XVII, período no qual as cidades estavam crescendo a partir da urbanização e industrialização. Período, portanto, em que se precisava de “mão de obra útil” para o trabalho e para o desenvolvimento das nações. Todos aqueles que não se adequavam quanto à ordem da razão, da moral e da sociedade passaram a ser excluídos e estigmatizados: loucos, pessoas com doenças infecciosas, mendigos, “vagabundos”, “libertinos”, “bandidos”, prostitutas, “adúlteras”, eclesiásticos em infração, homossexuais etc. (Millani e Valente, 2008). Dentro das suas devidas proporções, movimento semelhante ao ocorrido no Brasil, no século XX, em diversos manicômios, a exemplo do Hospital Colônia de Barbacena onde cerca de 70% das pessoas asiladas não tinham diagnóstico de algum transtorno mental, era “gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (Brum, 2013).

Período nomeado por Foucault (1997) como “a grande internação” devido à criação de instituições onde essas pessoas seriam colocadas, sendo um verdadeiro depósito dos excluídos, inúteis e imprestáveis para a ordem social. Eram as casas de internamento e a criação, em 1656, em Paris, do hospital geral com a função não de cuidados com a saúde e caráter médico, e sim com a missão de alojar os excluídos, era um local que representava o papel da polícia e da justiça, uma forma de governo, portanto, pela pretensão da correção moral e controle, no intuito de proteger a sociedade de possíveis revoltas. Os hospitais gerais se espalham por toda a França num ato de comunhão entre a igreja e o Estado e o poder burguês a partir da avaliação da inviabilidade econômica das pessoas excluídas.

O que fazer com os loucos? Millani e Valente (2008) afirmam que, no final do século XVIII, discussões acerca de modos de gerir o sofrimento e a loucura levaram a necessidade de se criar os asilos como espaços voltados especificamente para as pessoas tidas como loucas.

Um nome importante nesse processo é o do Philippe Pinel, médico francês que é considerado “fundador” da Psiquiatria, também é um dos responsáveis pela clínica médica moderna. É dele a publicação de o “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania” depois da qual, por volta de 1786, começou a trabalhar com pessoas em sofrimento grave.

Pinel trabalhou no asilo de Bicêtre, quando esse local era destinado ao tratamento de pessoas do sexo masculino e, também, no asilo de Salpêtrière, um asilo feminino que reunia, sem distinção, pessoas “loucas e criminosas”, mantidos acorrentados em celas baixas e úmidas. A partir de suas observações e estudos, passou a defender a tese de que o sofrimento não tinha a ver com questões de ordem sobrenatural, entendendo o sofrimento enquanto doença mental provocada não só por questões hereditárias, mas também pelas pressões e tensões sociais e psicológicas do meio no qual o sujeito vivia. Tratava-se da alienação mental.

O tratamento proposto por ele tinha como premissa implantar “medidas humanitárias” em prol dos “doentes mentais”, no intuito de libertá-los das correntes e tratá-los como doentes comuns. Para isso, o médico utilizou-se de estudos e observações, a partir de seus comportamentos, para chegar na chamada “Síntese Alienista” ou “Síntese Pineliana”: 1) Conceito de Alienação Mental - resultado de uma exposição excessiva a situações de estresse e, também, a danos hereditários capazes de provocar alterações patológicas no cérebro; 2) Isolamento como a) estratégia de conhecimento/observação e b) estratégia terapêutica e Organização do Espaço Hospitalar; 3) Tratamento Moral, focado em práticas comportamentais e pedagógicas em que o sujeito era tratado com disciplina, e em que a intervenção médica visava sua “recuperação”. Ele deveria ser afastado da família, permanecer em isolamento e vigiado.

Logo, o gesto de “humanização do hospital” e “libertação dos loucos das correntes” não propicia a inclusão desses num espaço de liberdade, no território e na vida, mas os classifica e acorrenta como objeto de saberes, discursos e práticas na instituição da doença mental (Amarante, 2007). A Psiquiatria passa a ser vista como a teoria e técnica terapêutica de autoridade sobre o adoecimento mental, assim como o hospício um poder disciplinar que pretende estabelecer um tratamento moral para o louco.

O isolamento e a internação passam a ser premissas, supostamente técnicas, para o cuidado. Ainda com Millani e Valente (2008), afirma-se que tais intervenções sobre a forma de gerir o sofrimento, enquanto loucura e doença mental, e o hospital, enquanto local de tratamento único, representa um dos mais importantes passos na história da medicalização do hospital e medicalização da loucura, pela apropriação desta pelo discurso e pela prática médica. A medicalização da loucura representa um novo status civil, jurídico e social para o

louco, inclusive reafirmando a dimensão da suposta periculosidade deste para a sociedade e risco à moral pública como uma das justificativas para a sua permanência no hospício. Amarante (2007) resgata que a noção de alienação mental nasce atrelada à noção de periculosidade pela perda da razão e a exclusão do estatuto da cidadania plena (Birman, 1992). Portanto, a loucura passa a significar a destituição da razão, da cidadania e da liberdade, logo, a destituição da humanidade do louco (Passos, 2023),

Se o alienado é incapaz do juízo, incapaz da verdade, é, por extensão, perigoso, para si e para os demais. O conceito de “alienação” produz um lugar para o louco, excluído do pacto social, o lugar do sujeito da desrazão ou da ausência de sujeito – sujeito racional e responsável cívica e legalmente – sujeito delirante sem cidadania que deixa de ser um ator social para tornar-se objeto do alienismo (Torre; Amarante, 2001, p. 75).

No importante livro do literário negro Machado de Assis “O alienista”, publicado em 1882, há uma passagem que ilustra bem o espírito da época quanto à construção da autoridade na ciência na gestão do sofrimento grave e da loucura: “[...] mas pode entrar no ânimo do governo eliminar a loucura? Não. E se o governo não pode eliminar, está ao menos apto para discriminar, reconhecê-la? Também não; é matéria de Ciência.”

Com Trajano, Bernardes e Zurba (2018), resgata-se que o nascimento da Psicopatologia se dá nesse mesmo contexto do século XIX que passa a ter o saber médico e a psiquiatria como detentores da autoridade sobre a gestão do sofrimento e da loucura. Uma psicopatologia positivista e normativa que desconsidera que o conceito de normalidade em psicopatologia também implica a própria definição do que é saúde e doença/transtorno mental. Uma psicopatologia feita aos moldes do Simão Bacamarte, personagem principal da obra supracitada de Machado de Assis, que: “- suponho o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarcamos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o equilíbrio perfeito de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia e insânia.”

Os próprios termos levantam discussão. No século XIX, usava-se o termo “alienação”, oriundo do direito; no século XX, passou-se a usar o termo “doença mental”; e, nas últimas décadas, com os sistemas diagnósticos Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID), no contexto da Europa; e Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), no cenário dos Estados Unidos, ganhando protagonismo, passou-se a usar o termo “transtorno mental” (Dalgalarondo, 2019).

Apesar de apresentar a tradição sobrenatural, biológica e psicológica de forma

separada, defende-se que estas perspectivas coexistiram e coexistem na atualidade nas tentativas de explicar e cuidar de pessoas em sofrimento grave. Isso fica nítido quando acompanhamos usuários em serviços públicos de saúde mental, como um CAPS, e acolhemos sujeitos que chegam em franca crise e intenso sofrimento, mas se recusam a aceitar os cuidados propostos pela equipe pela compreensão de que seu sofrimento é oriundo de questões espirituais que só poderão ser geridas por Deus e pela igreja, por exemplo. Bem como nas próprias tensões e discordâncias na equipe entre estratégias de cuidados mais próximas dos medicamentos, psicoterapia e ações mais invasivas com o corpo (contenção física e química) ou na aposta de cuidados mais pela escuta, no território, na rede e com tecnologias leves.

Com Canguilhem (1966), aprendemos que a discussão sobre o normal e o patológico passa a ser fundamental nesse cenário a partir da sua ideia de normatividade, em que o normal tem a ver com as normas de funcionamento vigentes em dada sociedade e a distribuição estatisticamente normal de comportamentos observáveis. Ou seja, a definição de normal vem sempre a partir de um valor e não de um fato. O que nos faz, necessariamente, precisar valorizar o normal individual para cada sujeito e não apenas uma norma que visa atingir um ideal de saúde comum a todos, até porque há vários e distintos critérios de normalidade e anormalidade em medicina e psicopatologia. A adoção de um ou outro depende, entre outras coisas, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional ou da instituição em que ocorre a atenção à saúde.

Como a história que foi contada até aqui deixa ver, a história da gestão do sofrimento a partir da loucura e da sua medicalização como doença mental é uma história que nos coloca de frente ao que Faustino (2023, p.14) chama de questão incontornável para a saúde mental: “o louco é este animal, que tal como os negros, transexuais e outras monstrificadas, não é considerado apto a falar de si e, portanto, não pode ser reconhecido como Sujeito, sujeito, portanto, à qualquer tipo de violação”. O autor ratifica que, por razões como essas, Fanon pensa o manicômio como uma instituição colonial.

A história da gestão do sofrimento pela loucura, loucura e transtorno mental, portanto, é uma história colonial. Em “Medicina e colonialismo”, Fanon (2020a, p.23) afirma, ao analisar a situação da colonização na Argélia e a imposição violenta do saber-poder militar, policial e médico, que “o médico também é um colonizador”. Passos (2023, p.50) se soma a tal afirmação a partir da constatação de que “os conhecimentos e as práticas de cuidado, oriundos dos povos tradicionais, foram negados como ciência, além de tratarem os colonizados como animais”.

Passos (2023, p.52) reflete sobre a “função da psiquiatria e do manicômio na sociedade capitalista, em especial, à sua conformação na realidade brasileira, destacando como esse aparato reproduz a manutenção da hierarquia racial e que não está descolada da noção de periculosidade”. Proponho ampliarmos essa análise para toda a equipe multiprofissional presente na saúde mental para ser possível nos questionarmos: em que medida seguimos colonizando sujeitos, por meio de seus corpos e subjetividades?

Frente aos múltiplos (e, às vezes, confusos) sentidos do termo “medicalização” na atualidade (Zorzanelli et al., 2014), cabe sublinhar que considero medicalização como “o processo pelo qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, frequentemente em termos de doenças ou transtornos” (Conrad, 2007). O termo “medicalização” teve, no início do uso desse construto, um sentido de denúncia sobre o chamado “poder médico”. Os termos “psiquiatrização” (transformação de problemas não psiquiátricos em psiquiátricos) e “psicologização” (transformação de problemas não psicológicos em psicológicos), embora menos empregados, teriam um sentido análogo ao de “medicalização”.

Para o autor, a medicalização do "desvio" é uma variante da intervenção médica que busca eliminar, modificar, isolar ou regular um comportamento socialmente definido como desviante a partir de significados médicos e em nome da saúde. Assim, define-se um comportamento como doença ou um sintoma de uma doença. (Conrad, 1979). Olhar para o modo de gestão do sofrimento por meio da loucura e da doença mental fala de tal processo. Assim como se analisarmos a história da sexualidade e da patologização da homossexualidade e transexualidade como doenças mentais durante determinados períodos históricos.

Entre as consequências de tais processos, estão as “soluções medicalizadas rápidas para problemas sociais que são realmente complexos e multifacetados” (Conrad e Barker, 2013). Se olharmos para a própria história dos principais manuais diagnósticos utilizados mundialmente, CID-11 E DSM-V, percebemos o quanto os efeitos da lógica da medicalização, e como se defende aqui, da colonização do sofrimento e dos sujeitos que sofrem, seguem cada vez mais vívidas.

Amarante e Torre (2007) afirmam que os manuais classificatórios, bem como as formas de avaliação e práticas terapêuticas trazem consigo padrões normativos até hoje. A partir dos estudos de Laurenti (1991), Henriques (2015) e Silva e Canavêz (2017), observa-se o crescimento alarmante dos números de categorias diagnósticas, de transtornos mentais possíveis de serem lançados mão da forma de gestar e classificar o sofrimento. Na sexta edição da CID, em 1948, houve um crescimento de 164, passando a registrar 769 categorias

diagnósticas, um aumento de 368,9%. Desde 1948 até 1989 (40 anos), há um aumento de 101% no número total de possíveis categorias. O mesmo movimento acontece se analisarmos o DSM, em 1968, no DSM-II constavam 180 diagnósticos, em 1980, com o DSM-III, passou-se a 265, em 1994, o contingente foi aumentado para 374 com o DSM-IV e para 450 no DSM-5, em 2013.

Passos (2023) é categórica ao defender que não é possível falar de uma saúde mental antirracista sem recuperar os fundamentos da psiquiatria já que a própria noção de loucura é atravessada por um processo de colonização a partir da noção de humano universal herdado da Europa. Somo-me a ela, juntamente com pesquisadores atuais do campo (Benício, 2022; David, 2022; David, 2023) na defesa de que não há como seguirmos pautando a luta antimanicomial no Brasil sem pautar o debate contracolonial, já que a nossa manicomialização é ancorada na colonialidade, portanto, na questão racial.

Emiliano David (2020) traduz essa questão nos convocando para a “necessária desconstrução do crioulo doido e da negra maluca” que ainda hoje pairam em nosso imaginário social sobre a loucura e que diz dos processos de manicomialização em nosso país:

Essa manicomialização teve, no decorrer do tempo, diferentes formas que vão do abono das crises socioeconômicas das primeiras décadas do regime republicano, em razão da abolição da escravatura, à famigerada busca antiabolicionista; à ‘arianização’; ao combate de vícios como o álcool e o tabaco; ao incentivo de ‘bons hábitos, atividade física e intelectual’; à política do branqueamento e às práticas de controle de imigração dos considerados ‘inaptos’; à proibição de casamento entre os ditos ‘anormais’; à esterilização dos ‘degenerados’, atualizando-se no genocídio da população pobre, preta e periférica; assim como à guerra contra as drogas e ao combate em relação ao crack (David, 2020, p.272).

O crioulo doido e a negra maluca facilmente se encontram com Maria Doida e Neném Pequeno, figuras da minha infância que, de alguma forma, inspiraram-me a atuar no campo da saúde mental e atenção psicossocial; duas pessoas negras, em situação de rua e vulnerabilidade, lidas como loucas que passavam diariamente em frente a casa onde vivia em Alagoinhas, interior da Bahia, e que os adultos acionavam a imagem deles para “meter medo” nas crianças quando queriam que elas ficassem quietas.

Finalizo esse primeiro pouso desta história, revisitando a desconstrução que precisei fazer do que Maria Doida e Neném Pequeno representaram com relação ao medo para ser possível transformá-lo em desejo de trabalhar com os loucos. Revisito também a inspiração dada por uma intelectual nordestina que muito contribuiu na luta contra os excessos de medicalização, no século XX, uma nordestina e atuante no campo da saúde mental do Rio de Janeiro, que tinha Zumbi dos Palmares como herói e que, no primeiro contato com o ECT,

quando orientada a apertar o botão que induziria a crise convulsiva no paciente, recusou-se e disse: não aperto. Ela defendia que o uso prolongado de medicamentos inibe a atividade criativa do sujeito e que “a psiquiatria está dominada pela quimioterapia, camisa de força química, enquanto a velha era mecânica”. Para ela, “o que melhora o atendimento é o contato afetivo de uma pessoa com a outra. O que cura é a falta de preconceito”. É com a inspiração nas ideias e práticas de Nise da Silveira que seguiremos para o próximo voo.

1.2 Sobrevoos na história da Reforma Psiquiátrica Brasileira

Figura 12 - Adão e Eva no Paraíso Brasileiro



Fonte: Rosana Paulino, 2014.

O pesquisador Deivison Faustino, em prefácio do livro de Emiliano David (2023), convoca-nos a refletir sobre importante questão com relação à Reforma Psiquiátrica brasileira e ao movimento da luta antimanicomial nacional:

Como um país como o Brasil, que viveu a maior parte do tempo sob o julgo da escravidão; um país cujo a eugenia atuou decisivamente na estruturação dos hospícios; uma nação em que os manicômios foram descritos por Lima Barreto como ‘cemitérios dos vivos’ onde mórbidos corpos negros nus caminhavam sem alma; como pode, um país como esse, ter empreendido rupturas fundamentais no campo da saúde e da saúde mental, como foi o caso da reforma sanitária e

psiquiátrica , sem ter encarado de frente, ao mesmo tempo, o racismo que também estrutura esses campos? (2003, p.13).

Na mesma direção das questões que não podem mais se calar, Emiliano David (2023) convoca e inquieta a Reforma Psiquiátrica brasileira questionando se ela está disposta a revisitar a sua história e ver “qual é (ou tem sido) a sua raça/cor? Qual a singularidade dos “sofrimentos psíquicos” identificados na população negra? Como reconhecer e transformar as heranças coloniais nas práticas de cuidados e nos ‘saberes’ em saúde mental contemporâneos?”. É na direção desse bonde que caminharemos aqui no sentido de revisitarmos a história da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB).

Durante todo o percurso, uma questão será inescapável: o que de velho permanece no novo? Retomo uma passagem do escritor Machado de Assis no livro “O alienista”: “- Nada tenho que ver com a ciência; mas, se tantos homens em quem supomos justiça são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?”. Tal passagem traduz o espírito que engendrou as denúncias, movimentos e mudanças que criaram contexto para as diferentes reformas psiquiátricas: a expansão do modelo manicomial e hospitalocêntrico, a constatação dos seus efeitos iatrogênicos e a posterior tentativa de construção de outras respostas para a gestão do sofrimento, e da loucura.

No Brasil, o movimento da Reforma esteve diretamente atrelado ao período de redemocratização do país, em fins da década de 1970 (Amarante, 1995). Eduardo Passos (2017) observa que não se pode pensar a RPB sem pensar a Reforma Sanitária, pois esta, ao criar uma prática interventiva e discursiva, favorece o contexto de possibilidades para o engendramento do paradigma de cuidado da atenção psicossocial.

A RPB propõe dar à loucura outra resposta social que não seja a resposta asilar. Ou seja, é a tentativa de construção de outros caminhos possíveis para a gestão e o agenciamento do sofrimento e da loucura de modo a sustentar o louco na vida em liberdade (Tenório, 2002). No presente trabalho, reafirma-se uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial, de fato e de direito, sendo entendida como o processo histórico de construção crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico, manicomial, médico custodial, para o modelo de atenção psicossocial (Amarante, 1995). A psiquiatria, o discurso da ciência sobre a loucura, nasce como reforma, “o gesto pineliano de desacorrentar os loucos para implementar meios diferentes de tratamento, mito de origem da psiquiatria, é o signo de que a ciência psiquiátrica já nasceu como reforma.” (Tenório, 2001, p. 19).

As iniciativas de reforma da psiquiatria enquanto ciência e prática são inúmeras e permaneceram sendo construídas ao longo do século XX (Delgado, 1992). Com Portocarrero (1990), Jorge (1997), Vechi (2004) e César e Coelho (2017) resgata-se algumas iniciativas de reformar a psiquiatria ao longo do século XX. A Comunidade Terapêutica foi uma delas. Localizado no contexto da psiquiatria inglesa, a proposta teve Maxwell Jones como principal expoente e se baseava na implementação de medidas coletivas, no sentido de democratizar a gestão da instituição por meio da maior participação dos pacientes numa tentativa de transformação da dinâmica institucional com fins terapêuticos.

A Psicoterapia Institucional, no contexto da psiquiatria francesa, teve o espanhol François Tosquelles na sua liderança. A proposta era transformar o asilo, o hospício, por meio da premissa de que era a instituição quem precisava de tratamento. A primeira iniciativa se deu na França, na década de 1940, no hospital psiquiátrico de Saint-Alban onde se ocupava mais dos médicos, por exemplo, do que dos pacientes, já que estes eram parte importante da lógica institucional que precisava ser enfrentada. Por sua vez, a Psiquiatria de Setor, no pós segunda guerra, inspira-se nas ideias do psiquiatra francês Lucien Bonnafé para tentar reformar o manicômio. Como proposição, dividia-se o manicômio em alguns setores, sendo estes ligados a diferentes regiões do território no qual estava localizado com o objetivo de que mesmo estando isolado dentro do hospital os pacientes pudessem manter, ainda que de forma institucionalizada, contato com hábitos, costumes e culturas do território de origem.

A Psiquiatria Preventiva foi outro movimento da reforma da psiquiatria ligado ao contexto dos Estados Unidos a partir das ideias de Gerald Caplan. Também chamada de Psiquiatria Comunitária, uma vez que seu foco não era dentro das instituições hospitalares e sim na própria saúde mental na comunidade, desenhou-se nos anos de 1960, no bojo das respostas estatais do presidente John Kennedy para os diversos problemas políticos e sociais vivenciados na ocasião, entre eles: o crescimento do uso de drogas e o surgimento de gangues de jovens (Amarante, 2001). Esse movimento partia da noção de prevenção em três níveis diferentes, tendo, até hoje, forte influência para a organização da política pública de saúde no Brasil. A saber, a prevenção primária, com fins à diminuição de transtornos mentais na comunidade; a prevenção secundária, objetivando reduzir o tempo de duração e cronificação dos transtornos e processos de adoecimento; e a prevenção terciária, estratégias e programas voltados para os casos em que haja uma cronificação do quadro clínico e se pretende diminuir as consequências oriundas dos transtornos mentais para a autonomia e a vida em sociedade. Grandes esforços eram feitos para a prevenção primária, pois era a promessa de intervir de forma precoce evitando que o adoecimento mental se instaurasse.

Ainda que não fosse o objetivo do programa de prevenção, Birman e Costa (1994) chamam atenção para os possíveis efeitos eugênicos e de controle de certos corpos, pessoas e subjetividades que pela detecção de supostos comportamentos desviantes, de risco, são nomeadas como desadaptadas e podendo ser alvo de intervenções do estado, da saúde mental, por serem potencialmente perigosas para si e, sobretudo, para a sociedade. Outro movimento que merece destaque é o da Antipsiquiatria no bojo dos movimentos de contra cultura e contestação política e social da década de 1960. Ronald Laing e David Cooper foram seus precursores e centraram suas críticas em denunciar a associação entre as perspectivas e categorias científicas sobre a loucura com a violência e alienação política, cultural e econômica da sociedade. Logo, propunha-se entender a loucura e a psicose por meio da contextualização social, política e cultural dos fenômenos num diálogo direto com a perspectiva fenomenológica e existencial. De acordo com Amarante,

a Antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Crítica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade. (2001, p. 47)

Ainda com o autor supracitado, podemos constatar que todos os movimentos anteriores à antipsiquiatria foram movimentos de tentativas de reforma da instituição asilar, sem encarar e enfrentar a necessidade fundamental de destruição do próprio manicômio como condição para “a reforma” que se pretendia. Isso porque era essa instituição, a partir do isolamento e da internação como principais respostas para a loucura, que representava uma cultura tradicional de estigmatização do louco muito fortemente construída e arraigada na sociedade.

A Psiquiatria Democrática italiana tem como principal expoente Franco Basaglia que, após algumas tentativas de reforma e humanização do manicômio, em Gorizia, nos Estados Unidos etc., a partir da lógica das comunidades terapêutica ou da psiquiatria preventiva, entende que não se tratava apenas de uma reforma no sentido de reorganização administrativa do hospital e da rede local. Foi na cidade italiana de Trieste que Basaglia radicaliza sua proposta de enfrentamento e destruição do manicômio como principal tarefa da reforma psiquiátrica em curso. Portanto, ele enfrenta e tenta transformar não apenas a estrutura física do manicômio e da rede substitutiva, mas o “conjunto de saberes e práticas, científicas e sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (Amarante, 2008, p. 56).

Logo, não se fazia necessário um trabalho apenas com os profissionais e os pacientes, mas com toda a população, incluindo o aparato jurídico. Foi assim que no dia 13 de maio de 1978 se aprovou a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia. Essa é a Lei da Reforma Psiquiátrica italiana que previa a extinção gradativa dos manicômios em todo o país. A nossa reforma, RPB, construiu-se à luz ou sob forte influência da Psiquiatria Democrática italiana e, portanto, inscreve a cidadania como direito humano fundamental e como eixo do cuidado em saúde mental a fim de delinear um outro lugar social para os loucos em nossa cultura (Leal, 1995), a fim de engendrar atos de desinstitucionalização quanto a loucura.

Tomando como referência Hannah Arendt (1951) e seus estudos sobre o totalitarismo, Jurandir Freire Costa (1991) destaca que um dos elementos da origem da burocracia totalitária está na desposseção da cidadania de numerosas multidões de indivíduos. A esses indivíduos, expulsos da sociedade em que viviam, por motivos históricos ou político-econômicos, ela chamou de “homens supérfluos” (Arendt, 1973; 1976; 1979^a; 1979^b): “Supérfluo é o homem desprovido de qualquer direito enquanto cidadão. Sem voz no espaço público, ele é privado, às vezes, do mais trivial direito de pertencer a uma comunidade, da qual obtenha segurança e proteção. Em certos casos, sequer dispõe de um teto, símbolo de um lugar seu no mundo.” (p. 43-44).

A clínica, nesse contexto, deixaria de ser o “isolamento terapêutico” ou o “tratamento moral” pinelianos, para tornar-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber. Nesse sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica de serviços:

torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (Amarante, 2009, p. 2).

Ao falarmos de desinstitucionalização, estamos nos referindo a uma operação no campo da saúde mental que ultrapassa a desospitalização e diz respeito ao agenciamento de um novo lugar para a loucura no campo social. Trata-se de superar os “desejos de manicômio” (Alvarenga; Dimenstein, 2006). Tais desejos não se restringem aos muros institucionais, pois trata-se de uma lógica que é convocada não apenas pela figura do louco, mas por grupos que, em nossa cultura, ocupam posições marginais e denunciam a fragilidade das políticas de Estado e da ordem social estabelecida.

Ana Pitta (2011, p. 4582) resgata que nos anos de 1975 a 1980, o “Movimento da

Reforma Psiquiátrica Brasileira recebia da Europa em São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Barbacena insumos importantes para abastecer seus ideais reformistas”. Ela se referia às visitas de Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel etc., em eventos científicos nacionais que foram se somando aos movimentos nacionais já existentes de denúncia de usuários, familiares, trabalhadores e intelectuais do campo. Ela traz uma linha do tempo para nossa reforma da seguinte forma:

- I. **A denúncia, os anos 1970:** sementes e tentativas de organização de um movimento social contrário ao modelo de psiquiatria e saúde mental vigente;
- II. **Os “fazejamentos, os anos 1980:** movimentos de profissionais, pesquisadores e intelectuais militantes pelas reformas na assistência caminha de mãos dadas com movimentos sociais de usuários e familiares. Eventos importantes: 1 - no Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria em 1983 em Belo Horizonte, MG; 2 - no I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo, em 1985, em São Paulo, organizado sem participação do movimento social, que ensinou a todos que o processo de democratização em curso no país determinava que não mais poderia ser assim.; 3 - na I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 no Rio de Janeiro, também organizada sem o movimento social e igualmente cenário de desobediência civil pelo movimento da Reforma; 4 - no posterior II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, São Paulo, (terceiro na cronologia e primeiro no significado histórico-social, já organizado pelo movimento social com apoio da municipalidade). Este evento foi decisivo pela aposta e pactuação de uma reforma psiquiátrica antimanicomial, resgatando o tema italiano: “por uma sociedade sem manicômios”. Foi também o período em que se teve notícias de duas experiências institucionais bem-sucedidas no que tange as novas práticas de cuidado em saúde mental: o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no Distrito da Bela Vista, na cidade de São Paulo e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, realizada pela administração municipal de Santos, em São Paulo. As duas experiências são consideradas “marco inaugural e paradigmático” para a nossa reforma.
- III. **A Reforma como política pública consentida, os anos 1990:** trata-se do período no qual o trabalho coletivo com amplas frentes da sociedade faz nascer, em 1989, o projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que viria a ser a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Foi tempo de solidificar a união entre o Movimento

da Reforma Psiquiátrica e os movimentos sociais. Desde então, o Movimento da Luta Antimanicomial, a partir do seu I Encontro em Salvador, Bahia, em 1993, que mais tem estado presente nos rumos da RPB nessas últimas décadas, apesar de todas as cisões e disputas internas.

- IV. **A Reforma legal, os anos 2000:** pode-se dizer que o avanço mais consistente da reforma psiquiátrica brasileira acontece nessa década, pois é quando conquistamos um arcabouço jurídico, político e normativo fundamental para estabelecer diretrizes éticas e técnicas no horizonte da assistência nacional em saúde mental: a Lei 10.216/2001, e as portarias 336/2002 que definem os tipos de CAPS, e 106/2000 e 3090/2011, que instituem os Serviços Residenciais Terapêuticos, a Lei 10.708/2003, que institui o Programa De volta Pra Casa como estratégia de reabilitação psicossocial para usuários em regime de longa internação, a portaria 3088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dentre outras. É nesse período, de 2000 a 2011, que temos a gestão da Política Nacional de Saúde Mental sob a coordenação do professor Pedro Gabriel Delgado, liderança respeitada do movimento da luta antimanicomial, sendo substituído por outro importante nome da Reforma Psiquiátrica nacional, Roberto Tykanori (2011-2015).

Como se pode notar nessa síntese apresentada, a história da RPB é marcada pela participação decisiva do movimento social e pela aposta nos espaços de construção coletiva. Os eventos ocorridos nos anos de 1987 e 1992 foram cruciais para o direcionamento cada vez mais intenso da necessidade de se pensar outros dispositivos e tecnologias de cuidado, ou seja, uma rede substitutiva e não alternativa ao manicômio, não cabendo, portanto, reformar as instituições existentes. De acordo com Bezerra Jr., na II Conferência Nacional houve a constatação de que “a perspectiva sanitarista de incorporar as propostas nas políticas oficiais vinha sendo anulada pela resistência passiva ou ativa da iniciativa privada, da estrutura manicomial, da burocracia estatal e do conservadorismo psiquiátrico.” (1994, p. 180).

A RPB e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial denunciaram que o modelo manicomial respondia, antes de tudo, ao desejo de exclusão dos indesejáveis, favorecendo uma lógica higienista em detrimento do cuidado sob a égide da atenção psicossocial necessário ao sujeito em sofrimento psíquico grave. O Brasil seguia, então, a tendência de vários países do mundo em que a Psiquiatria evoluiu, por um lado, nos movimentos da Psiquiatria Democrática Italiana, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria

Comunitária e, por outro, na mudança de objeto, da doença para a saúde mental, a partir da perspectiva de que o modelo manicomial/hospitalocêntrico/asilar é iatrogênico, ineficaz, ineficiente e inefetivo (Amarante, 1998).

Amarante (2007) define a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo que abrange quatro dimensões: a dimensão teórico-conceitual, construção de um novo paradigma para o sujeito em sofrimento psíquico pela ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional; a dimensão técnico-assistencial, construção de serviços substitutivos ao manicômio e defesa do direito do cuidado em liberdade; a dimensão jurídico-política, conquistas a nível legislativo, jurídico, sanitário, civil e penal que vão transformando a relação da loucura com a falta de direitos, autonomia e cidadania; e a dimensão sócio-cultural que enfrenta o desafio de construção de um novo lugar social para a loucura e para o sujeito louco no imaginário social por meio da desconstrução dos estigmas produzidos pela loucura.

Pode-se sistematizar tais movimentos e conquistas em três princípios que orientam a RPB. O primeiro: a Reforma é antimanicomial e caminha na direção da garantia dos direitos de cidadania dos loucos. Além de engendrar processos de desinstitucionalização do modelo médico-custodial e das instituições manicomiais, e, sobretudo de práticas. Teóricos como Franco Basaglia (1985), Amarante (2007), Saraceno (1999) e Rotelli (1990) exploram a importância de considerar os sujeitos e suas existências e não a doença como objeto. Basaglia (1982a e 1982b) chamava atenção para o que denominava de “mal obscuro da psiquiatria” ao separar um objeto fictício, a doença, da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social. Ou seja, passou a se ocupar da doença, enquanto objeto natural, e deixou de lado o sujeito. De acordo com Amarante (2007), Basaglia, inspirado em Edmund Husserl, pai da fenomenologia e autor do conceito de redução analógica, propõe colocar a doença entre parênteses. Isso não significa negá-la, mas sim “romper com o modelo teórico conceitual da psiquiatria que adotou o modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade e terminou por objetificar e coisificar o sujeito e a experiência humana” (Amarante, 2007, p. 67).

O segundo princípio: a clínica da Reforma é por excelência ampliada. Por clínica ampliada, entende-se uma clínica que não reduz, a priori, seu campo de pertinência “devendo se tornar maleável ao manejo de circunstâncias habitualmente tidas como extraclínicas” (Tenório, 2001, p. 72). Em última instância, a ampliação mais importante, e mais desejada, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnados em sujeitos, em seres humanos. Clínica do Sujeito, eis a

principal ampliação sugerida.

O terceiro princípio: a Reforma Psiquiátrica tem orientação comunitária e estrutura-se com base em serviços de base territorial. A Atenção Psicossocial é uma “interferência consentida no cotidiano do habitante da polis” (Delgado, 1999, p. 117). Desse modo, deve incidir no território onde se desenrola esse cotidiano. Cabe destacar que a noção de território vai além de uma regionalização administrativa, já que por território não se entende apenas o bairro de morada das pessoas, mas “o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano” (Delgado, 1999, p. 117 apud Tenório, 2001).

Ao se lançar um olhar retrospectivo, é inegável a fundamental contribuição de todo esse movimento coletivo, movimento construído a muitas mãos e, infelizmente, com muito suor, dor, sangue e morte de usuários das instituições manicomiais. Poderemos ver tais avanços nos dados de fechamentos de leitos e hospitais psiquiátricos, na expansão da RAPS e aposta no cuidado no território e em rede intersetorial, no fortalecimento das Conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde mental, no reconhecimento da Organização Mundial de Saúde do Brasil como modelo de Política de Saúde mental, sobretudo por seu arcabouço jurídico-político, enfim, na garantia de maior dignidade no cuidado a pessoas em sofrimento grave, pessoas tidas socialmente como loucas.

Contudo, sabemos também que ainda temos inúmeros desafios a enfrentar, sobretudo após o período iniciado em 2016, conforme será melhor analisado e argumentado no próximo capítulo. Num movimento de atualização da história da Reforma no Brasil, podemos acrescentar, à proposta apresentada pela Ana Pitta (2011), o momento descrito abaixo:

- V. **A contrarreforma, 2015 como um marco¹¹**: em 2015, temos o ato de demissão do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Roberto Tykanori, e sua substituição por Valencius Wurch, em dezembro de 2015. De acordo com Vasconcelos (2016), apesar das várias limitações já percebidas na política de saúde e de saúde mental no momento anterior a esse fato, a gestão do Ministério da Saúde foi regularmente ocupada por sanitaristas ou pessoas ligadas ao movimento sanitário e à gestão pública. Em 2015, há uma mudança nesse contexto com a indicação de Valencius Wurch para a coordenação de Saúde Mental, considerando que, neste caso, o novo

¹¹ Concomitante a este tempo, indicaria o “tempo da Reparação” marco característico do momento atual da RPB, o tempo de sankofiar a RPB. De voltar para trás para resgatar o que ficou perdido. Refiro-me aos debates da interseccionalidade, os debates sobre raça, gênero, classe, etc., dos feminismos atrelados à luta antimanicomial.

Coordenador foi Diretor Técnico da maior instituição psiquiátrica privada da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras - Paracambi, durante a década de 1990, denunciada por maus-tratos e violações de direitos pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados e como resultado de uma auditoria especializada do Ministério da Saúde. O que essa mudança representou e o que pôs em movimento? Podemos afirmar que, desde 2016, pela primeira vez até as conquistas supracitadas, vemos um “processo acelerado de desmonte dos avanços alcançados pela reforma psiquiátrica” (Delgado, 2019a). O pesquisador Rossano Lima (2019) emprega o termo contrarreforma psiquiátrica para se referir a essa conjuntura de desmonte acelerado da Política de Saúde Mental acirrado pelo golpe contra a presidenta Dilma Rousseff, em 2016, que interrompe o processo democrático no país a partir do governo Temer que sem demora, e não por acaso, aprova a Emenda Constitucional 95/2016, conhecida como a “PEC do fim do mundo”, que congela por 20 anos os recursos destinados a políticas sociais fundamentais para a população brasileira. Soma-se a tal fato a aprovação da portaria do Ministério da Saúde de nº 1.482, em outubro de 2016, incluindo as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), consideram um marco da “nova” política a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que estabelece as (novas) diretrizes para o funcionamento da RAPS com a defesa, dentre outras coisas, de maior financiamento para os hospitais psiquiátricos e aumento da sua participação no processo de cuidado em saúde mental.

Todo esse processo de desmonte e caminho na contramão das propostas até então defendidas pela RPB foi sustentado por notas, cartas e movimentos do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que passaram a lançar notas questionando a eficácia, a eficiência e resolutividade do movimento da luta antimanicomial a partir de argumentos e dados sem nenhuma base de sustentação técnica e científica. Tal movimento segue na mesma direção no governo Bolsonaro (2018-2022), com o recrudescimento da lógica manicomial por meio do fortalecimento das comunidades terapêuticas, sucateamento, desfinanciamento e precarização da RAPS, bem como articulação entre fé e política para orientar o cuidado para pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. A abstinência passa a ser o mote prioritário da política, ao invés da já amplamente estudada e consolidada cientificamente prática da redução de danos. Durante esse período, criou-se cerca de 5 mil comunidades, o que gerou um custo de dinheiro público de cerca de R\$1 bilhão.

Com o governo Lula, a partir de 2023, e a indicação da prof^a. Nísia Trindade ao Ministério da Saúde, primeira mulher a ocupar a pasta, temos uma animadora retomada dos caminhos antimanicomiais da Reforma Psiquiátrica brasileira, sobretudo pela criação do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras drogas (DESMAD), vinculado ao Ministério da Saúde, e indicação da prof^a. Sônia Barros, enfermeira e mulher negra com importante e reconhecido histórico no campo, para a sua coordenação. Todavia, nem tudo são flores. Neste mesmo governo, foi criado, logo no primeiro mês, por meio de Decreto Nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Entre as atribuições previstas para tal departamento estão a de “apoiar o Ministério da Justiça e Segurança Pública” nas “ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas”. A notícia foi celebrada pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) que, em postagem feita em sua página na internet, no dia 21 de janeiro de 2023, afirma que eles e “outras instituições e Federações estabeleceram diálogos com diferentes autoridades do governo Lula. As Comunidades Terapêuticas são uma política pública consolidada. Não poderia ser diferente”.

A partir de quais bases técnico-científicas se pode afirmar que as comunidades terapêuticas são uma política pública consolidada? Após pressão de diversas instituições e setores do campo da atenção psicossocial e da luta antimanicomial, em junho de 2023, houve o fim do departamento. Ou melhor, a mudança de nome para: Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas, com a promessa de adotar uma abordagem mais multidisciplinar e ética de acordo com a política antimanicomial. Contudo, ainda sabemos que esse é um dos principais desafios a ser enfrentado no estágio atual da Reforma. Entre outros motivos, na ocasião da notícia de mudança do departamento, estavam previstos R\$215 milhões por ano para as comunidades, uma média de R\$1,7 mil mensais por cada usuário.

Oliveira (2013) pontua ainda o fato de a psiquiatria não exigir grandes equipamentos ou tecnologia, uma vez que o diagnóstico de transtorno mental é passível de manipulação, de modo que desvios de comportamento de toda natureza podem ser enquadrados em patologias mentais contribuiu para o fato de a saúde mental ter sido um dos ramos mais atrativos para essa política. Como exemplo, tem-se a experiência de Paracambi, pequena cidade do interior do estado do Rio de Janeiro, na qual uma fábrica de laminação, fundada na década de 40 e que empregava cerca de dois mil operários, faliu em 1975 e repentinamente, sem ao menos pagar os direitos trabalhistas dos funcionários, havia no local

um hospital psiquiátrico particular, conveniado com o INAMPS, cujo proprietário era um coronel da Aeronáutica. Internações de operários começaram a ocorrer em massa naquele hospital. Na região, ainda existia um grande hospital psiquiátrico para internação de pacientes crônicos, o Dr. Eiras, de Paracambi, também conveniado com o INAMPS. Hospital este que, posteriormente, veio a ser a maior clínica psiquiátrica privada da América Latina (Teixeira, 2003).

Em que medida as questões que estão postas para questionar a legitimidade, efetividade e organização da RPB se afastam, ou se aproximam, da discussão do final da década de 1980? Será preciso questionarmos, como um antídoto à naturalização, se temos construído respostas condizentes com os novos sujeitos de direitos que o processo de desinstitucionalização tem engendrado (Amarante, 2015). Ainda, como seguir construindo uma rede de atenção em saúde mental que não se ancore apenas na desmanicomialização, na reabilitação psiquiátrica e na recuperação (Desviat, 2016; Vasconcelos, 2016), que também tome para si o dever de contribuir para a construção de projetos societários contra hegemônicos e que tenha em seu cerne a defesa dos direitos humanos?

Perguntamo-nos, assim, sobre a possibilidade de práticas sabidamente indutoras do isolamento social, da segregação e do asilamento seguirem se atualizando em nossos tempos. A socióloga Vera Malaguti (2017) aponta que a sociedade brasileira enfrenta um processo de extrema hierarquização social que tem sua origem no positivismo do século XIX como uma atualização do genocídio colonizador, por meio do discurso científico, ancorado nas matrizes ibéricas inquisitoriais. De acordo com a autora, esse positivismo enquanto cultura brasileira produz violentas hierarquizações sociais e legitima o genocídio, a escravidão e todo tipo de segregação dos difentes da norma instituída.

Eduardo Mourão Vasconcelos (2016) aporta contribuição para este debate ao analisar a história da RPB demarcando aquilo que chama de limitações do movimento nacional da luta antimanicomial. Vale destacar dois argumentos defendido pelo autor: a) as fragilidades conceituais e políticas das abordagens teóricas antimanicomiais forjadas até a década de 1980 não criou bases de enfrentamento para os desafios do neoliberalismo que se abrem logo depois. As duas principais teorizações que servem de base para o movimento, no Brasil e alguns outros países: a foucaultiana e a basagliana, se constituíram nas décadas de 1960 e 1970 no auge do estado de bem-estar social na Europa, no qual não se vislumbrava uma crise ou esgotamento do modelo. Pelo contrário, a expectativa era seu pleno desenvolvimento de modo linear; e b) a ênfase principal do movimento antimanicomial está nas dimensões culturais, institucionais, profissionais e epistemológicas para as mudanças profundas

necessárias ao campo da psiquiatria e da saúde mental, e menos nos campos da política e na análise sociohistórica. Ou seja, a aposta em um contexto que possibilitaria a expansão de sistemas únicos de políticas sociais universais, mesmo dentro de uma sociedade capitalista semiperiférica, não funcionou muito bem para o Brasil.

Defendo neste trabalho que os desafios estruturais que a RPB enfrenta foram engendrados pelo movimento de invisibilizar e denegar a questão racial nas análises teórico-epistemológicas, nos movimentos jurídico-políticos e nos atos clínico-assistenciais. As escolhas, sejam elas conscientes ou não, de privilegiar uma certa agenda para esse movimento conduziu-nos até o ponto em que estamos. O ponto onde, por um lado, há espaço e receptividade para a questão essencial colocada por Passos (2018) sobre se a nossa história de violência manicomial é mais próxima do holocausto ou do navio negreiro, mas; por outro lado, ainda demandar muitos movimentos e (des)construções a serem feitos na direção de operar teórica, ética e tecnicamente a partir da premissa-denúncia de que o racismo “atravessa a constituição não só da psiquiatria, mas também do campo da saúde mental e atenção psicossocial” (p.85).

O saudoso professor e militante da luta antimanicomial Marcus Vinicius de Oliveira (2007), aborda o que chama de “paradigma da clínica psicossocial”, por meio da defesa de

devolver à clínica a condição de operar com a complexidade de recursos e possibilidades que extrapolam os limites disciplinares, acadêmicos e/ou corporativos que, tradicionalmente, moldaram de forma reducionista os fenômenos sobre os quais pretende intervir, de modo a submetê-los às conveniências protocolares das instituições. (Oliveira, 2007, p. 41)

A história da RPB também é uma história de gestão do sofrimento e da loucura pela redução da sua complexidade a partir da assunção de um sujeito-usuário moderno, branco, universal. Por que mesmo com contribuições tão diretas, precisas e que dialogam com os principais nomes dos autores que são referência (Foucault, Goffman, Basaglia) para a nossa Reforma, Fanon foi apagado e não nos inspirou, assim como inspirou Basaglia?

Rachel Gouveia Passos destaca que conhecemos Fanon no Brasil por suas contribuições inescapáveis acerca do colonialismo e da Luta Antirracista, “porém pouco se fala de suas muitas e relevantes contribuições para a saúde mental. Portanto, é primordial explicitarmos a contribuição desse importante intelectual e ativista negro para o campo da saúde mental e da Luta Antimanicomial.” (Passos, 2019, p. 76).

Portocarrero (1990) afirma que a noção de iatrogenia passou a ser um importante argumento no discurso e defesa de uma saúde mental antimanicomial. A premissa era a de que

o hospital psiquiátrico favorecia para a cronificação do sofrimento e da loucura por meio da sua institucionalização. Segundo a autora, a sustentação dessa hipótese no contexto da saúde mental no Brasil, na década de 1970, teve muito a ver com o fato de ser uma ideia defendida por Basaglia e Goffman. Para Delgado (1991),

Goffman, cujo "Asylums" só foi traduzido no Brasil no início dos anos 70, passou a fornecer a argumentação que sustentava, descritivamente, o impacto do hospital psiquiátrico sobre a evolução clínica (...) do paciente. A evolução deixava de pertencer à "história natural" da loucura medicalizada para ser imputada à própria rotina do cuidado institucional. (1991, p. 119)

Ao revisitar a obra, sobretudo os escritos psiquiátricos e medicina e colonialismo, de Franz Fanon, percebemos o quanto o autor já vinha defendendo tais teses desde a década de 1950, a partir de seu trabalho como psiquiatra. Como resgata Faustino (2023, p.18), Fanon estabeleceu parcerias clínicas com o psiquiatra François Tosquelles por meio da psicoterapia institucional, pois entendia que quem deveria ser “tratado” era o manicômio, “espaço sadomasoquista de violência colonial”. Contudo, logo entende não ser suficiente esse movimento e rompe com a Psicoterapia institucional pela defesa e compreensão de que a pessoa tida como louca é antes de tudo alguém que traz consigo uma cultura e uma realidade que atravessam a sua subjetividade, ainda que preservando a sua singularidade, já que a experiência psíquica e os processos de subjetivação são sempre singulares. Para Faustino (2023, p.18), “há aqui a relação dialética entre o que Fanon nomeava como sociogenia, ontogenia e filogenia”, pois “o ‘louco’ não é só um louco, mas uma pessoa com nome, trajetória e singularidades que não se esgotam em seu CID e a inobservância dessa dialética é, para Fanon, colonial, ou seja, desumanizadora”.

Como consequência de tais movimentos e (des) construções, Fanon defende a tese de que além de escuta singular, deve-se incluir como prática de cuidado, o estudo da cultura e as contradições da sociedade, bem como os seus significados. Não por acaso, rompe com a Psicoterapia Institucional por entender que o hospício não tem cura, pois seguirá restringindo a liberdade, em função de sua estratégia colonial de destruição. Por conseguinte, o fim do manicômio e a aposta no cuidado em rede é visto como condição sem a qual não há reforma psiquiátrica possível: reforma como transformação social extra-clínica com desdobramentos diretos no cuidado em saúde mental. Nas palavras de Faustino (2023, p.19), “algo também exigido, guardado as devidas proporções, por intelectuais como Juliano Moreira, Virgínia Bicudo, Nise da Silveira, Franco Basaglia, entre outros” (p.19).

Então, por que demorou tanto tempo para nos aproximarmos de suas ideias? Por que

suas contribuições seguiram no silenciamento e invisibilidade por tanto tempo? Na história da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, outro movimento de apagamento e invisibilização também ocorre com o médico Juliano Moreira. Sobre este, Portocarrero (2002, p.13) diz ser o responsável pelo “primeiro esforço de elaboração de um corpo teórico científico no Brasil, ao rejeitar a simples compilação das teorias psiquiátricas francesas”. Moreira foi responsável, dentre outros movimentos, pela aprovação de uma lei que previa reformar “a assistência aos alienados” e, a partir da direção do Hospício de Pedro II, instituiu uma série de medidas de reorganização do hospital, como retirada das grades, abolição dos coletes e das camisas de força etc.

Inovou ao coordenar uma ampla reforma no hospital, em 1904, e esta não se restringiu às estruturas do prédio. Começou por abolir grades, mas também investiu em recursos humanos qualificados e bem pagos, excluiu camisas-de-força, criou laboratórios para sofisticar diagnósticos e pesquisas, oficinas (de serviços e artísticas), organizou setores com diferenciação de geração e gênero, estabeleceu tratamentos específicos para diferentes quadros mentais, com hospitais urbanos, colônias agrícolas, assistência realizada por familiares (consanguíneos ou pessoas estranhas que pudessem cumprir essa função), entre outras inovações, como parte de uma reforma da teoria e prática psi, em nome de um tratamento humanizado, como documenta Facchinetti et al. (2010). São efeitos de uma mudança de perspectiva, dado “o esforço de implantar um modelo teórico, político, administrativo e clínico capaz de introduzir a psiquiatria kraepeliniana, considerada a mais científica, moderna e eficaz para o tratamento de alienados”. (Prestes, 2020, p.57)

O giro epistemológico também se deu por uma descontinuidade na concepção dos limites de atuação da psiquiatria, para além dos muros das instituições, incluindo escolas, ambulatórios, agregando famílias nos cuidados, e expandindo a compreensão de normalidade versus doença mental para a concepção de um espectro que vai da normalidade à anormalidade (aí incluída a doença mental, mas também questões menos severas). (Prestes, 2020, p.58)

Como podemos ver, a história da loucura e da Reforma Psiquiátrica no Brasil também é uma história sobre os apagamento e morte da memória, intelectualidade e contribuição de alguns autores e autoras negros. É uma história de um epistemicídio (Carneiro, 2006), portanto. Ao chamarmos o escritor Lima Barreto para essa conversa, ratificamos a percepção de que não se trata de um movimento aleatório. Lima Barreto foi um importante escritor brasileiro que nasceu em 1881 e morreu, de forma precoce, em 1922, com apenas 41 anos. Neto de pessoas escravizadas e filho de pais livres, nasceu em 13 de maio de 1881, ou seja, antes da Lei Áurea, que só viria a ser promulgada sete anos depois, em 1888, colocando fim à escravidão formal. Ele precisou trabalhar desde muito cedo para sustentar a família e os estudos. Pelos (des)caminhos da vida, teve questões com o uso de álcool e surtos psicóticos que o fizeram passar por hospícios mais de uma vez. Experiências essas relatadas nos livros “Diário de um hospício” e “Cemitério dos vivos”, publicados pela primeira vez em 1953, de

forma póstuma, e que retratam, de forma crítica, intensa e contundente, a sua última internação em dezembro de 1919, no Hospital Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro. Em “Cemitério dos vivos”, ele nos diz:

“Alguns não suportam roupa no corpo, às vezes totalmente, outras vezes em parte. Na Seção Pinel, num pátio que ficavam os mais insuportáveis, dez por cento deles andava nu ou seminu. Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento. É uma luz negra sobre as coisas, na suposição de que, sob essa luz, o nosso olhar pudesse ver alguma coisa. Aí é que há os berradores; mas, como em toda a parte, são só os seus gritos que enchem o ambiente. Eles são relativamente poucos.” (Barreto, 1919)

Em uma das biografias de Lima Barreto, a pesquisadora Lilia Schwarcz¹² (2017) relata que “nos personagens, nas tramas, em escritos pessoais, a atenção para a questão racial e as descrições dos tipos físicos dos personagens estão sempre em evidência”. Em passagem de seu diário, em 1904, ele constata, “a capacidade mental do negro é medida a priori, a do branco a posteriori”. Schwarcz o nomeia como um triste visionário, pois apesar de ter contribuições não apenas na literatura, mas em diferentes temas e setores sociais, teve sua possibilidade de contribuição intelectual e política interrompidas. Ela diz: “se pensarmos que Machado de Assis escreveu suas principais obras depois dos 40 anos, é uma lástima que Lima tenha ido tão cedo”.

Ao revisitar e ler o diário de Lima Barreto escrito na primeira metade do século XX após percorrer pelo caminho que fizemos neste voo, fica muito nítido sobre qual a cor da Reforma Psiquiátrica brasileira. Sobre qual a cor das suas principais referências e autores, qual a cor das suas principais teorias, técnicas e recursos de cuidado. Não só a cor, mas qual o território de referência e o gênero da Reforma Psiquiátrica brasileira? Podemos tranquilamente afirmar que é branca, europeia, masculina e cisgétero-centrada. Tanto a nível das suas inspirações internacionais, quanto a nível nacional, as principais referências vêm sendo homens cis, brancos, do sudeste do Brasil.

Chego ao final desse segundo voo com uma questão: o que de brasileiro há em nossa Reforma Psiquiátrica? O que a faz ser nossa e não um mero produto importado de outros

¹² Ver: “Lima Barreto, uma voz que nasceu negra na literatura”. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2017/06/23/cultura/1498244164_829345.html. Acesso em: 23 de março de 2024.

países, culturas e formas de sociabilidades diferentes das nossas, ainda que também marcadas pela manicomialização do sofrimento? Basaglia (1979) coloca que “não sei qual a técnica que servirá para a destruição dos manicômios brasileiros. Não será inglesa, francesa e italiana, muito menos americana. Será uma técnica brasileira. É disto que o Brasil precisa”. Na banca de qualificação desta pesquisa, ocorrida em setembro de 2022, a professora Rachel Passos sinalizou que a escravização negra no Brasil tem experiências particulares, logo devemos ter o cuidado para não generalizar o trauma colonial (Kilomba, 2019) e as formas de sofrer nos brasis a partir da dimensão racial. O que marca nosso trauma, nossas formas de sofrer, mas também as de levantar, sacudir a poeira, dar a volta por cima e transformar a dor?

Inspirado por Lélia González (1987) defende-se uma revisita da nossa Reforma Psiquiátrica num giro amefricano que nos leve a habitar de forma mais plena as epistemologias, métodos e técnicas gestadas na América Latina. Só assim poderemos caminhar no sentido da destruição do que de velho segue operando na RPB, para que o novo possa surgir, não como uma versão requentada e maquiada de práticas coloniais e medicalizantes, mas aquele novo cantado por Belchior, pois “é você (somos nós) que ama o passado e que não vê que o novo sempre vem”.

O novo está rondando, está gritando, está tentando invadir as fronteiras ainda não totalmente permeáveis da nossa RPB. Tenho a impressão de que precisaremos abandonar e destruir a própria noção de reforma se quisermos deixar o novo entrar. A saída será pela radicalidade das destruições no porvir, ou não haverá saída. A saída só se abrirá e o novo só virá por completo e de forma integral, e não apenas como pílulas que criam esperança, criam movimentos importantes; mas também lançam poeira em nossos olhos que nos impede de ver o velho no novo. A saída só se abrirá e o novo só virá por completo pela revolução. Pela possibilidade de construção de uma Revolução Psiquiátrica, portanto. Sobre tal radicalidade, falaremos um pouco mais na próxima sessão.

1.3 Atenção Psicossocial em diálogo com o Feminismo Negro, a Sociogênese Fanoniana e a Contracolonialidade

Fogo!... Queimaram Palmares, Nasceu Canudos
Fogo!... Queimaram Palmares,
Nasceu Canudos.

Fogo!... Queimaram Canudos,
Nasceu Caldeirões.

Fogo!... Queimaram Caldeirões,

Nasceu Pau de Colher.

Fogo!... Queimaram Pau de Colher...
E nasceram, e nasceram tantas outras comunidades que os vão cansar se
continuarem queimando.

Porque mesmo que queimam a escrita,
Não queimarão a oralidade.
Mesque que queimem os símbolos,
Não queimarão os significados.
Mesmo queimando o nosso povo
Não queimarão a ancestralidade.

Nego Bispo

Antônio Bispo dos Santos – Quilombo Saco-curtume em São João do Piauí/PI

É com Nego Bispo que inicio a terceira e última parte deste capítulo. É por meio desse fogo da destruição que resgato uma pergunta que parece ter escapado no percurso da RPB: qual o público a que ela se destina? O “louco”, o “maluco”, a “pessoa portadora de transtorno mental”, a “pessoa com sofrimento psíquico grave”, o “sujeito em sofrimento”, “o paciente” ou o “usuário de saúde mental”, como lugares totais, identitários e universais, dá conta de expressar a experiência da raça-cor dessas pessoas? Fico na raça-cor a partir da justificativa do lugar do racismo na história do Brasil como estando na sua espinha dorsal, por sua ligação com a gestão das formas de viver e morrer, das formas de sofrimento no contexto nacional.

Dados do censo do IBGE de 2022 mostram que a população brasileira é composta por 55,5% de negros, soma de pardos e pretos. Quando olhamos para os dados da população negra no SUS, também de acordo com o IBGE (2022), temos que 76% dos atendimentos e 81% das internações realizadas são de pessoas negras. Olhando mais especificamente para o campo da saúde mental, entendemos que “o uso da variável raça/cor para caracterizar os usuários dos serviços de CAPS ainda é reduzido, mesmo que seja um importante marcador de cunho social” (Silva, Barros, Azevedo, Batista e Policarpo, 2015, p.100) indo ao encontro, infelizmente, ao modo como “as desigualdades raciais no Brasil são tratadas pela sociedade: como inexistentes, o que reforça as iniquidades” (Silva, Barros, Azevedo, Batista e Policarpo, 2017, p.111).

No país, há importante Censo Psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo realizado sob a coordenação de Sônia Barros e Bichaff (2008). Em revisita aos dados deste censo para “caracterizar o perfil clínico dos moradores segundo raça/cor”, Barros, Campos e Fernandes (2014) afirmam que: a) a população negra ocupa a posição número um no “ranking da exclusão social”. Em relação ao dado da faixa etária de pessoas pretas e pardas internadas, 35 a 49 anos, levanta-se a hipótese que pretos e pardos são

internados mais jovens e permanecem mais tempo hospitalizados; b) Os transtornos mentais e doenças clínicas se associam a precariedade social das pessoas pretas e pardas internadas que apresentam maior proporção entre os que não tem renda, família ou lugar para morar; c) o manicômio, hospital psiquiátrico, enquanto instituições totais, historicamente são o lugar de abandono e exclusão social da população negra, junto com outras instituições.

Portanto, apesar de termos poucos dados construídos sobre o perfil de saúde, o perfil epidemiológico dos usuários do CAPS, no país e no estado do Rio de Janeiro¹³, na experiência concreta da lida cotidiana dos serviços, percebemos, ao menos nos serviços do estado do Rio de Janeiro com destaque para a Baixada Fluminense, que os usuários têm cor e que esta cor é majoritariamente negra. Sentimos, assim, os efeitos e o peso das iniquidades vivenciadas por estes usuários em suas vidas. Logo, quais respostas temos dados para o sofrimento dessas pessoas? Este sofrimento só tem podido ser visto, nomeado e cuidado pela via da loucura e do transtorno mental? Com Passos¹⁴ (2022), perguntamo-nos: que fenômeno é esse, no Brasil, em que os corpos das pessoas negras são altamente medicalizados e psiquiatrizados? Essa é a resposta da saúde mental para nós?

Quais novas respostas precisaremos encontrar? Quais outros cuidados se fazem necessários? Embora ainda não tenhamos respostas definitivas a essas perguntas, é acertado dizer que estamos no caminho, de certo devemos bancar e nos permitir habitar um pouco mais a zona do não saber sobre o cuidado contracolônial a ser inventado. Afinal, aquele que tudo sabe, aquele que já tem as respostas prontas, como uma instituição total, é o saber colonizador e manicomial, é o lugar do saber universal. Para construir novas formas de cuidar do sofrimento das pessoas negras e de classes populares no Brasil que não seja pela lógica do manicômio e da colonização, ainda que em doses homeopáticas e supostamente menos danosos a partir da RAPS, precisaremos nos permitir habitar a zona do não saber como espaço-tempo que nos permitirá construir o saber e o cuidado por meio da radicalidade do encontro com o sujeito, sua raça, seu gênero, sua classe, seu território, enfim, seu sofrer, sua forma (im)possível de ser e estar na vida.

Com isso, quero registrar que não pretendo trazer respostas totais e caminhos prescritivos, mas dialogar com inspirações, intuições e afetações ancestrais, teóricas, epistemo e metodológicas que vêm fazendo sentido no meu processo e desejo de visitar o passado,

¹³ Atualmente importante Censo Psicossocial está sendo realizado no estado do RJ numa parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado do Rio e a UFRJ, falarei mais sobre este censo no próximo capítulo.

¹⁴ Qualificação do projeto de tese que originou esta pesquisa, realizado em setembro de 2022.

habitar o presente e construir um novo futuro para a RPB. Nosso caminhar terá três pontos de parada a partir do que nomeio como intuição ancestral, afetação epistemológica e inspiração metodológica, são eles: da Reforma à Revolução Psiquiátrica; a sociogênese e o *pharmakon* de Fanon e as ecologias de uma poética negra feminista e afrocentrada.

1.3.1 Da Reforma à Revolução Psiquiátrica: o fim do mundo como o conhecemos

Ao revisitarmos a história da loucura e a história da Reforma Psiquiátrica brasileira, vemos que esta é uma história da gestão do sofrimento e do cuidado. Isso porque a loucura é uma das formas de gestar, nomear e compreender o sofrimento, assim como a noção de doença e transtorno mental subsequentes. São, portanto, formas de gestar o sofrimento e geri-lo pela colonização. Colonização esta herdada pela matriz moderno colonial que foi delineando, por meio do racismo, o negro como ontologicamente perigoso, violento e irracional (Passos, 2023), portanto, louco¹⁵.

Como consequência, e a partir da colonialidade do ser, do saber, do poder e do gênero, tem-se a colonialidade do cuidado (Passos, 2023). Embora o racismo e o colonialismo não determinem a forma de existência do povo negro, eles dão contorno, criam fronteiras e limites muitas vezes difíceis de transpor e romper nos modos de ser e estar na vida. Tais contornos coloca-nos reiteradamente no que Fanon (2008) nomeia como zona de não ser, o lugar da não humanidade, e portanto, da não existência enquanto sujeito com a possibilidade de desejar.

O professor e pesquisador Carlos Alberto de Paulo, em aula na ENSP/Fiocruz, no dia 02 de setembro de 2023, na disciplina “Expressões do racismo na saúde”, coordenada pela professora Roberta Gondim, remete à noção de contrato racial, de Charles Mill (1997), enquanto dispositivo político, moral e epistemológico de perpetuação da exploração e violência do povo negro que faz com que não tenham sido integrados totalmente na sociedade brasileira, mas apenas incorporados, no sentido de fazer parte, de sentar à mesa, ocupar as posições de poder e acessar os direitos fundamentais. Cenário esse que vem mudando, mas ainda de forma exígua.

¹⁵ Sobretudo, conforme demonstrado nas seções anteriores, a partir do racismo científico brasileiro e a ideologia do branqueamento. David e Vicentin (2020, p.264) aprofunda a análise da relação entre raça negra e loucura no Brasil olhando para “três diferentes tempos de experiências asilares: século XIX, no Hospital Nacional de Alienados, com as experiências de Dr. Henrique Roxo; nas primeiras décadas do século XX, com Dr. Pacheco e Silva e a Liga Paulista de Higiene Mental no Hospital do Juquery; e no início do século XXI, nos anos 2000, com o Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo”.

Mbembe (2018), em diálogo com Foucault, fala de um estado de terror permanente, um estado de guerra em que a gestão da vida se dá pela morte. Segundo ele, se na biopolítica e no biopoder os modos de gerir a vida pela morte, racismo e violência são excepcionais; na necropolítica, a morte e a violência direcionada para algumas pessoas e alguns corpos é da ordem do ordinário. Logo, o estado de exceção é regra para os nossos (Lima, 2023). Assim como o manicômio e sua lógica não são da ordem do excepcional na saúde mental, há um manicômio que segue vivo em nós enquanto campo, um manicômio que o estrutura, e está nas bases de seu edifício.

Fátima Lima (2018a, 2020), ao falar sobre o cenário onde as dinâmicas de destruição ocorrem, faz referência à noção de uma colonialidade colapsante “para assinalar a persistência e as reatualizações cotidianas de elementos de colonialidade através da hierarquização, categorização, subjugação e possibilidade de desumanização de um conjunto de outras/os que não estão inseridas/os na hegemonia branca”.

Grada Kilomba (2019) afirma que o povo negro é a representação mental daquilo que o branco não quer ser, do outro. O trauma colonial como experiência coletiva que deixa uma cicatriz psíquica e que pode voltar a se atualizar e abrir feridas (Kilomba, 2019; Passos, 2023), já que em nossa sociedade há uma epidermização da inferioridade (Fanon, 2008). Isso não implica cairmos na armadilha de essencializar a dor, o sofrimento e a loucura para o povo negro, pois o sofrimento não é gestado apenas a partir da herança genética e biológica, dos substratos neuroanatomofisiológicos ou mesmo apenas de experiências familiares, individuais, da infância, mas, também, por meio do contato com o irracional e o indizível do racismo.

Em um Estado forjado para a destruição de certos corpos, vive-se em estado de terror permanente (Mbembe, 2018), em estado de guerra. Em que medida o campo da saúde mental tem sido funcional a tal guerra? Em que medida o cuidado operado pelo campo tem tido braços que se efetivam como uma das estratégias de destruição? (Passos, 2022). Entretanto, vale destacar que a necropolítica não é apenas política de morte, é também política de resistência (Lima, 2023).

Resistir para transformar os contornos ontológicos e as possibilidades de existir. Consoante ao que disse o professor Carlos Alberto de Paulo, o Brasil teve a oportunidade de fundar um novo paradigma de sociedade quando da proclamação da república em 1889, mas não o fez. Nesse sentido, é preciso seguir construindo caminhos para colapsar e destruir a colonialidade e os paradigmas racistas que herdamos. Passos (2023) corrobora tal pensamento ao apostar num resgate ontoancestral que rompa com uma humanidade universal,

estratificada, num movimento em que se faz necessário resgatar, olhar para o passado para ocupar e construir um novo futuro. Resgatar para deslocar-se, resgatar para se encantar.

No livro “O povo brasileiro”, Darcy Ribeiro, refletindo sobre a revolução ou a reforma em nossa sociedade, diz o seguinte:

“Não é impensável que uma reordenação social se faça sem convulsão social, por via de um reformismo democrático. Mas é muitíssimo improvável neste país em que uns poucos milhares de grandes proprietários podem açambarcar a maior parte de seu território, compelindo milhões de trabalhadores a se urbanizarem para viver a vida famélica das favelas, por força da manutenção de umas velhas leis. Cada vez que um político nacionalista ou populista se encaminha para revisão da institucionalidade, as classes dominantes apelam para a repressão e a força.” (2017, p. 22).

É com essa inspiração que quero repensar a Reforma Psiquiátrica brasileira a partir de intelectuais e pessoas que, por diferentes caminhos e métodos, pensaram e pensam o Brasil. Convoco aqui, além de Darcy Ribeiro, Guerreiro Ramos, Zumbi dos Palmares, Luiz Gama, Florestan Fernandes, Clóvis Moura, Caio Prado Júnior, Lélia González, Celso Furtado, Anísio Teixeira, Milton Santos, Abdias do Nascimento, Carolina Maria de Jesus, Estamira, Nego Bispo, Conceição Evaristo, Lima Barreto, dentre tantos outros, para defender a tarefa coletiva de construção de uma Revolução Psiquiátrica.

Em seus estudos sobre o colonialismo, Fanon argumenta que não há possibilidade de emancipação, de desalienação, de liberdade, portanto, de sanidade e saúde mental, se ainda convivemos com o colonialismo de base. O campo da saúde mental e atenção psicossocial, mesmo com os avanços notáveis e da maior importância, segue tendo o colonialismo nas suas bases. Por isso, a radicalidade da revolução se faz necessária. Aqui, talvez, resida o argumento central que este texto pretende construir: voltar ao passado, reconhecer as violências, mas também os avanços importantes conquistados pela Reforma, mas que dificilmente se sustentarão se não apostarmos na radicalidade da revolução.

Revolução essa aos moldes da Revolução Haitiana. Uma revolução que precisará repensar as armas que se tem utilizado para a guerra e a disputa que estão postas. Passos (2023) afirma a importância da clínica da delicadeza. Entretanto, questiono sobre qual o lugar da violência nas respostas e enfrentamentos para essa guerra? Não se trata de defender uma violência vazia, mas da violência no sentido dado por Fanon. Uma violência radical que pretende destruir e romper com os paradigmas manicoloniais (David, 2022).

A violência no sentido do que propõe Fanon pode nos ajudar a conduzir os próximos passos na direção de usar as armas que eles vêm usando contra nós. Para queimar e acabar

com o mundo como o conhecemos hoje. Para investir numa perspectiva contracolonial (Bispo, 2023) no campo da saúde mental.

Quando completei dez anos, comecei a adestrar bois. Foi assim que aprendi que adestrar e colonizar são a mesma coisa. Tanto o adestrador quanto o colonizador começam por desterritorializar o ente atacado quebrando-lhe a identidade, tirando-o de sua cosmologia, distanciando-o de seus sagrados, impondo-lhe novos modos de vida e colocando-lhe outro nome. O processo de denominação é uma tentativa de apagamento de uma memória para que outra possa ser composta.

O contracolonialismo é simples: é você querer me colonizar e eu não aceitar que você me colonize, é eu me defender. O contracolonialismo é um modo de vida diferente do colonialismo. [...] O contracolonialismo praticado pelos africanos vem desde a África. É um modo de vida que ninguém tinha nomeado. Podemos falar do modo de vida indígena, do modo de vida quilombola, do modo de vida banto, do modo de vida iorubá. Seria simples dizer assim. Mas se dissermos assim, não enfraqueceremos o colonialismo. Trouxemos a palavra contracolonialismo para enfraquecer o colonialismo. Já que o referencial de um extremo é o outro, tomamos o próprio colonialismo. Criamos um antídoto: estamos tirando o veneno do colonialismo para transformá-lo em antídoto contra ele próprio. (2023)

Aposta-se na contracolonalidade como uma resposta nossa, brasileira, afropindorâmica, para fazer frente aos movimentos de cosmofofia e desterritorialização. Para voltar no passado, resgatar o que ficou e seguir, para sankofiar a RPB, como propõe Sofia Benedito (2023) no que tange a Reforma Sanitária. Lançando um olhar no passado, entendendo que o tempo é sempre passado-presente-futuro: das metrópoles e colônias. Dos manicômios e dos CAPS/RAPS. O que restou das metrópoles nas colônias? O que restou dos manicômios nos CAPS/RAPS? O que restou no CAPS/RAPS do colonialismo?

Jota Mombaça (2019, p.98) lança, como um grito cortante, o desejo do fim do mundo. Ela diz:

desejamos profundamente que o mundo como nos foi dado acabe e esse é um desejo indestrutível. Fomos submetidas a todas as formas de violência, fecundadas no escuro impossível de todas as formas sociais, condenadas a nascer já mortas, e a viver contra toda formação, no cerne oposto de toda formação. Desejamos profundamente que o mundo como nos foi dado acabe. E que ele acabe discretamente, no nível das partículas, na intimidade catastrófica deste mundo destituído de mundo, este mundo que até a própria terra rejeita. (2019, p.98)

Estamos numa guerra que nos coloca em posição constante de ter que adiar o fim do mundo (Krenak, 2015) e o desejo indestrutível de acabar com este mundo. Este mundo que foi forjado, como vimos, a partir de pilares ontoepistemológicos que estruturam o projeto moderno de Estado-capital por meio das noções de separabilidade e determinabilidade que gestam a noção de sujeito moderno e a violência da dialética racial, como analisa Denise Ferreira da Silva (2019). Este mundo que é de onde nasce as violências traumáticas para todos

aqueles que estão fora dos contornos da humanidade moderna. “O mundo é meu trauma” (Mombaça, 2017) e “o trauma é brasileiro” (Vitorini, 2019).

A dívida que este mundo nos deixou, a sua herança, é uma dívida impagável (Silva, 2019). Logo, não há saída se não “o fim do mundo como o conhecemos” (p. 91). Para Ailton Krenak (2015) o mundo, o céu já está caindo em pedaços.

Dar conta de que o mundo acabou é enfrentar o esfacelamento da ideia de homem forjada no âmbito de um projeto iluminista, racional, sustentado numa certa construção de igualdade, entre estas a sempre falsa igualdade racial, é ter que dar conta de um sentido de humanismo carcomido, de ciência, de deus e de religião que agonizam. É dar conta do esfacelamento também da noção de indivíduo ou de certo núcleo individualizante. Encarar o fim do mundo em contextos brasileiros é nos desfazermos de uma herança identitária que, em nome de uma igualdade e de uma democracia, reiterou/a diferentes processos de opressão. Encarar o fim do mundo é compreender que a matriz da inteligibilidade cisheteronormativa não dá mais conta (talvez nunca tenha dado) do mundo dos desejos e das formas de se relacionar com o corpo e com a/o outra/o. (Lima, 2020, p.81)

Ao queimar este mundo como o conhecemos, precisaremos embarcar na tarefa coletiva de construir um novo mundo. Falo no futuro, mas de um presente onde ele já se apresenta, ainda que o passado siga criando resistência, no sentido psicanalítico. Neste novo mundo, precisaremos radicalizar a questão racial em nossas análises e formas de nomear e cuidar do sofrimento, interseccionalizada com as questões de classe, gênero, sexo, território, corpo etc., com os processos de transformação de diferenças em desigualdades. Qual a cor dos usuários da saúde mental? Se nos serviços públicos de saúde mental, no Brasil, sabemos que a maioria é negra, por que seguir sustentando um mundo no qual as referências metodológicas e ontoepistemológicas para o cuidado são de base coloniais?

Amefricanizar o cuidado em saúde mental é fazer a Revolução Psiquiátrica. É apostar na lógica dos quilombos e da rebelião negra, que nos contou Clóvis Moura (1986), para “fugir do caminho que nos empurra para a morte” (Mombaça & Mattiuzzi, 2019, p. 25). Não de toda e qualquer morte, já que isso seria não desejável, mas da morte da necropolítica que sequestra, inclusive, o direito de construir uma outra relação com a morte, através da ikupolítica (Nascimento, 2020).

Uã Flor do Nascimento tem investido e defendido um movimento que vá da necro a ikupolítica. Através da inspiração na filosofia iorubá, nos saberes dos terreiros, entende-se que a necropolítica é o sequestro de uma relação com a morte pela natureza, já que a morte, naturalmente, faz parte da vida. É do vivente a possibilidade de morrer, pois somos finitos. O problema não está na morte morrida, mas na morte matada, na morte violenta, na morte como

projeto societário que rouba e sequestra, inclusive, o direito à memória, o direito a lembrar do ente querido sem que isso seja gatilho.

Na necropolítica, a morte pede o apagamento da memória como condição de sobrevivência de quem segue, dos vivos. No pensamento iorubá, uma das formas de manter a pessoa viva é a memória e a lembrança. O sujeito morre, mas continua na comunidade. Morrer não é um problema, o problema é ser morto, pois morre-se também os modos tradicionais de viver e morrer. Iku, é tanto a experiência do morrer, quanto uma divindade que permite que as pessoas se ancestralizem, que faz com que elas sigam vivendo na comunidade mesmo sem o corpo físico. A necropolítica, como nos ensina Flor do Nascimento, impede que Iku toque no corpo e o transforme em memória e força ancestral.

Fomos um país que alijou não apenas a sua população tida como louca do acesso à cidadania, mas também a sua população negra, não por acaso, já que essas “populações” costumam se encontrar no mesmo corpo. Os modos de estruturação da nossa sociedade realizou tal alijamento, logo, não se pode deixar de pensar em cuidados em saúde mental que não passe pela tarefa coletiva de reparação. Um cuidado anticolonial, antirracista e reparatório. Quando será a segunda abolição e a verdadeira republicanização do Brasil?

Temos uma dívida histórica com essas populações. A indenização pelo fim da escravidão negra no país não foi paga ao povo negro e sim à oligarquia, às elites através da entrega do aparato estatal. Tais movimentos nos coloca no “assombro desses dias de um tempo presente-passado” (Lima, 2020). Mas, que também faz que nos lancemos numa futuridade que rompa com as feridas do tempo passado-presente e crie desvios na flecha do tempo (Mombaça & Mattiuzzi, 2019).

É, portanto, pela possibilidade de gestar novas narrativas e disputar novas ideias de humano e de mundo (Wynter, 2009). Estamos disputando o tempo. Estamos disputando a possibilidade de ocupá-lo de outras e renovadas formas, não a partir do que tem sido o ordinário, mas com o que pode ser: o tempo espiral da ancestralidade e da imanência.

A ancestralidade é clivada por um tempo curvo, recorrente, anelado; um tempo espiralar, que retorna, restabelece e também transforma, e que em tudo incide. Um tempo ontologicamente experimentado como movimentos contíguos e simultâneos de retroação, prospecção e reversibilidades, dilatação, expansão e contenção, contração e descontração, sincronia de instâncias compostas de presente, passado e futuro. As curvas da ancestralidade são presididas pelos antepassados venerados, pois sua imanência e presença são condições imprescindíveis para o pulso e fluxo ininterruptos e contínuos do existir. O ancestral, experiência acumulada do vivido, assegura a transposição das nzilas cruzadas, das travessias transversas, mantendo a possibilidade de permanência dos seres em sua existência diferenciada. Por isso é

lembrado e celebrado como fonte de conhecimento e de rejuvenescimento. (...) Na órbita da temporalidade ancestral, a primazia do movimento matiza os eventos, em processo de perene transformação. (Martins, 2021, p.135)

Que a Revolução Psiquiátrica continue sendo gestada para ocupar esse tempo, espiralar, esse tempo (passado)-presente-futuro.

1.3.2 A sociogênese e o pharmakon de Fanon como inspirações metodológicas para a Revolução Psiquiátrica brasileira

Figura 13 - A ciência é a luz da verdade?



Fonte: Rosana Paulino, 2016.

Parece tal espetáculo com os célebres cemitérios de vivos, que um diplomata brasileiro, numa narração de viagem, diz ter havido em Cantão, na China. Nas imediações dessa cidade, um lugar apropriado de domínio público era reservado aos indigentes que se sentiam morrer. Dava-se-lhes comida, roupa e o caixão fúnebre em que se deviam enterrar. Esperavam tranquilamente a Morte. Assim me pareceu pela primeira vez que deparei com tal quadro, com repugnância, que provoca a pensar mais profundamente sobre ele, e aquelas sombrias vidas sugerem a noção em torno de nós, de nossa existência e a nossa vida, só vemos uma grande abóbada de trevas, de negro absoluto. Não é mais o dia azul-cobalto e o céu ofuscante, não é mais o negror da noite picado de estrelas palpantes; é a treva absoluta, é toda ausência de luz, é o mistério impenetrável e um não poderás ir além que confessam a nossa própria inteligência e o próprio pensamento. A loucura se reveste de várias e infinitas formas; é possível que os estudiosos tenham podido reduzi-las em uma classificação, mas ao leigo ela se apresenta como as árvores, arbustos e lianas de uma floresta: é uma porção de coisas diferentes. Uma generalização sobre o seu fundo pecaria pela base. Choques morais, deficiência de inteligência, educação, instrução, vícios, todas essas causas determinam formas

variadas e descontraídas de loucura; e, às vezes, nenhuma delas o é. Apela-se para a hereditariedade que tanto pode ser causa nestes como naqueles; e que, se ela fosse exercer tão despoticamente o seu poder, não haveria um só homem de juízo, na terra. (Barreto, 1920)

Tal passagem é do diário de Lima Barreto, em “Cemitério dos Vivos”. Chego nesta passagem no dia 22 de março de 2023 quando estava indo realizar uma visita ao Museu do Bispo do Rosário, localizado na Zona Oeste do Rio de Janeiro, com estudantes do curso de psicologia de uma instituição em que leciono. Ao entrar no carro do motorista de aplicativo, que era negro, ele me disse: “- moro aqui na zona oeste desde que nasci, mas não conhecia esse museu. Ele é o quê? Quem foi esse Bispo do Rosário?”. A partir da sua pergunta conversamos um pouco sobre saúde mental, reforma psiquiátrica, RAPS etc. Mas, a pergunta daquele motorista me fez pesquisar um pouco mais sobre Bispo e me dou conta de que também conheço pouco da sua história.

Bispo nasceu em Japaratuba, Sergipe, em 1909. Viveu por 80 anos, até falecer em 1889 na Colônia Juliano Moreira. Passou cerca de 50 anos de sua existência institucionalizado a partir do diagnóstico de esquizofrenia. Assim como Lima Barreto, ele também teve passagem pela polícia, foi “fichado como indigente, agressivo e negro”, ficando três meses preso em 1964. Assim como Lima, Bispo também usava as suas experiências do sofrimento, da loucura e as violências estatais como matéria prima de sua arte, de suas obras que, segundo ele, respondia a uma missão de ressignificar o universo, “para ser reunido e apresentado no dia do Juízo Final”. Era para essa missão que trabalhou por anos bordando seus estandartes e seu simbólico e emblemático manto, pois “ouvei vozes que lhe diziam que chegara a hora de representar todas as coisas existentes na Terra para a apresentação no dia do juízo final¹⁶”.

O que as duas obras e histórias nos ensinam sobre o cuidado em saúde mental para pessoas negras no Brasil, no Rio de Janeiro? Daqui parte a aposta de que revisitar tais histórias e tais obras é tarefa coletiva no campo, se quisermos seguir construindo a Revolução. Se quisermos seguir construindo a nossa independência contracolonial, no sentido de uma leitura nossa e própria sobre o sofrimento, a saúde mental e o cuidado.

Assim como o sofrimento pode ser feito e desfeito, é possível entender que o cuidado também. Para a gestão do cuidado, seu fazer e desfazer a força dada por Fanon, a noção de sociogênese na leitura do sofrimento nos parece ser importante. Com Fátima Lima (2020), retomo as inquietações de Fanon em obras como “Pele negra, máscaras brancas” (2008), “Os

¹⁶ Disponível em: <https://museubispodorosario.com/arthur-bispo-do-rosario/>. Acesso em: 25 de março de 2024.

condenados da Terra” (2015), “Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos” (2020) e “Medicina e Colonialismo” (2020), para argumentar quanto a “a insuficiência das explicações centradas em matrizes que têm na hegemonia branca sua referência para pensar a subjetividade e os processos subjetivos” (Lima, 2020, p.83).

A partir da noção de sociogênese, Frantz Fanon tensiona o lugar que a filogenia, a ontogenia e a psicogenia têm nas tentativas de compreensão do sofrimento, dos processos de subjetivação, enfim, do psiquismo. O chamado campo psi (psicanálise, psiquiatria e psicologia) ainda é fortemente atravessado por teorias e perspectivas individualizantes sobre o sujeito, seus processos de constituição e desenvolvimento, suas formas de viver, sofrer e morrer. O perigo de seguirmos reafirmando tais abordagens é que elas engendram processos clínicos e de cuidado também individualizantes e reducionistas.

O coletivo de usuários intitulado “Usuários RAPS livre”, por meio de sua página no Instagram, publicou, no dia 27 de abril de 2023, uma fala do Eneas Elpídio, artista negro e usuário da RAPS do Rio de Janeiro, integrante do coletivo carnavalesco “Tá pirando, pirado, pirou”. Uma fala que está presente na pesquisa “Arte e (lou)cura: o transitar pelos caminhos da arte como forma de desconstrução da loucura e da fabricação do artista” realizada por Fabiane Valmore e defendida em 2021 pela UFPR.

“Que reabilitação é essa? Fazer desenho, escutar música, um abraço, comer e tomar remédio? O cara morre assim, sem saber a capacidade que possui. (...) tem casos e casos. E é por isso que chama caso singular. Tem gente que realmente não consegue. Mas, tem muita gente que consegue, como eu... Criamos uma roda de conversa com tema livre no CAPS. (...) eu falei com o pessoal na reunião: não tem manicômio, mas tá estático. Tá em marcos antigos.”. (2021)

Tal fala nos ajuda a entender a importância de uma perspectiva epistemológica do sofrimento e do cuidado ancorada também na sociogênese. Uma perspectiva não na teoria, nas portarias e nas leis que orientam a RAPS, mas uma perspectiva que se efetive na prática do cotidiano dos serviços. Fátima Lima (2020) nos lembra a importância da obra de Neusa Santos Sousa que, em 1983, publica o livro “Tornar-se negro, ou, as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social”: “como exemplo analítico de como a dimensão sociogênica e a branquitude são imprescindíveis na compreensão da subjetividade em pessoas negras” (p.83). Neusa (1983, p. 26) afirma que:

a marca da diferença começava em casa. O garoto, filho de homem negro e mulher branca, vivia cedo a experiência que fixava: “o negro é diferente”. Diferente, inferior e subalterno ao branco. Porque aqui a diferença não abriga qualquer vestígio de neutralidade e se define em relação a um outro, o branco, proprietário exclusivo do

lugar de referência, a partir do qual o negro será definido e se autodefinirá. (1983, p. 26)

Em pesquisa de mestrado, questiono sobre os processos internos ao campo que seguem compreendendo e nomeando efeitos de transfobia, homofobia e racismo a partir de categorias diagnósticas presentes na CID e no DSM: tal gramática dá conta de contornar, gestar e gerir tais formas de sofrer? (Solaterrar, 2021). A pesquisadora Sônia Maluf, em trabalhos sobre a política de saúde mental,, argumenta que temos operado sobretudo a partir do sistema sintoma-diagnóstico-tratamento e que a CID e o DMS seguem sendo o “padrão ouro” em termos de construção diagnóstica e orientações de cuidado no campo.

Sabe-se o quanto esses manuais representam uma psiquiatria e psicologia biológica e tradicional que dificilmente vão considerar como “padrão outro” a dimensão da sociogênese e, mais especificamente, a dimensão racial, considerando que estamos falando de formas de viver, sofrer e morrer no território chamado Brasil.

No dia 01 de janeiro de 2023, estava saindo da Chapada dos Veadeiros em direção a Brasília para a posse do presidente Lula, que assumia a presidência após um período trágico iniciado desde o golpe da presidenta Dilma em 2016 até o governo de Bolsonaro. Na estrada, escuto novamente a música Alucinação de Belchior e a música, sobretudo os trechos abaixo, ficam reverberando em mim no sentido de fortalecer uma perspectiva da sociogênese para o sofrer:

“(…)Eu não estou interessado em nenhuma teoria
Em nenhuma fantasia, nem no algo mais
Nem em tinta pro meu rosto, ou oba-oba, ou melodia
Para acompanhar bocejos, sonhos matinais...

(...) Longe, o profeta do terror que a laranja mecânica anuncia...

Amar e mudar as coisas me interessa mais
Amar e mudar as coisas
Amar e mudar as coisas me interessa mais.”

Música: Alucinação / Composição: Belchior (1976)

O cuidado que se defende aqui para o campo da atenção psicossocial, é um cuidado que só pode ser pensado e vivido a partir da sua triangulação. Ou seja, um movimento que considere a todo o tempo as dimensões teórico-epistemológica, política e clínico-institucional. Esta tese, em suas partes e capítulos, está estruturada a partir da aposta nessas dimensões. Para tanto, considera-se que a noção de sociogênese pode trazer

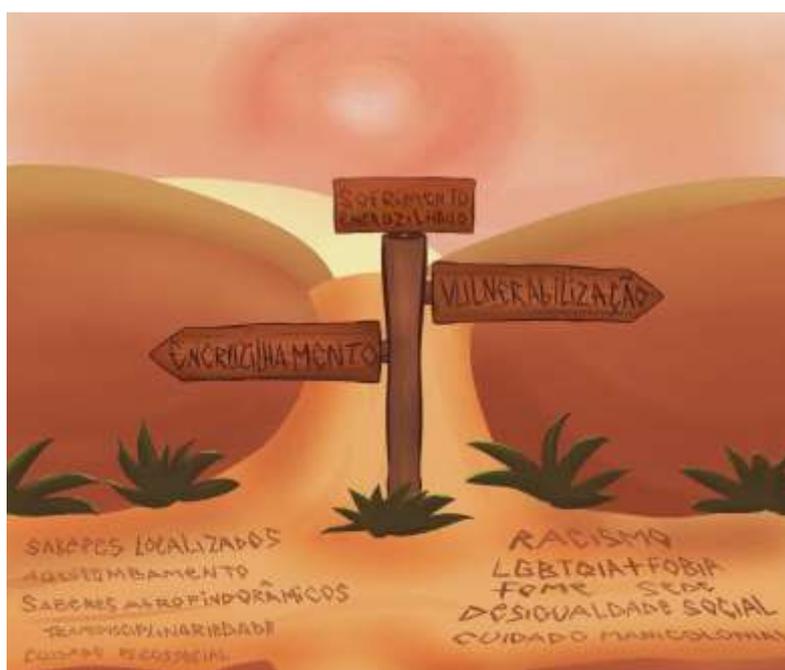
contribuições e deslocamentos nas três dimensões do cuidado. Assim como a noção que apresentarei a seguir: o pharmakon de Fanon (Mbembe, 2020).

No livro “Políticas da inimizade”, Mbembe recorre a uma leitura de Fanon e nomeia de “pharmakon de Fanon” as possibilidades de construir saídas para os círculos de extermínio e terror que temos vivido. Para o autor, seria o caminho para a superação do colonialismo e racismo a partir do reconhecimento do outro como alguém que pode ser um sujeito e pode ter um lugar no mundo. Ele diz:

“como o mundo já não tem uma farmácia única, se quisermos verdadeiramente fugirmos da relação sem desejo e do risco da sociedade de inimizade, é preciso viver todos os seus feixes. Partindo de uma multiplicidade de lugares, trata-se em seguida de os atravessar da maneira mais responsável possível, como seus donos, mas numa relação de total liberdade e, se for preciso, de desprendimento”. (Mbembe, 2020, p. 249)

O phamarkon, nesse contexto, é a defesa de que, na sociedade da inimizade, que promove a saída da democracia por meio do terror como gestão da vida para certas pessoas e certos corpos, aquilo que é nosso veneno pode também ser nosso remédio se soubermos utilizar “a capacidade de transformar os recursos da morte em força germinativa” (Mbembe, 2018, p. 233), como farol para sairmos do devir-negro do mundo. É um processo de transmutação, portanto, que toma a noção de cura em Fanon, onde no sofrimento e na dor já estão inclusos a saída e o remédio.

Figura 14 - Sofrimento Encruzilhado



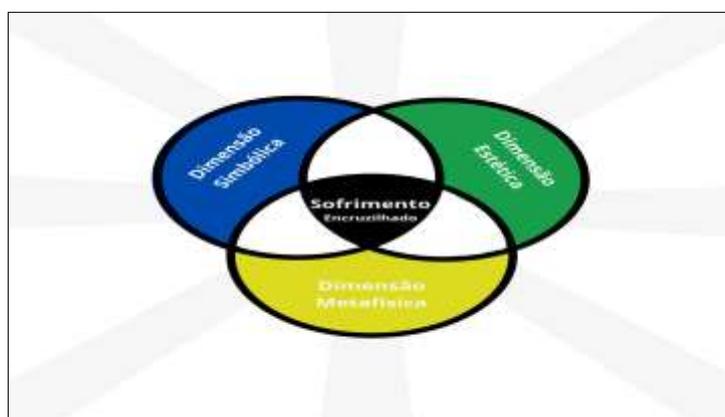
Fonte: Desenho de Mariana Viana com concepção de Ueslei Solaterrar.

É nessa direção que caminha a proposta do que nomeio sofrimento encruzilhado (Solaterrar, 2021) em pesquisa anterior. Partindo do argumento de que para radicalizar a dimensão brasileira e Amefricana da nossa Reforma Psiquiátrica precisamos recorrer aos saberes afrocentrados, aos saberes da filosofia africana, da ética do cuidado como encantamento (Machado, 2019) e das epistemologias aterradas (Santos, 2019; Santos, 2020). Precisamos aquilombar a saúde mental (David, 2023). O sofrimento encruzilhado surge nesse modo e nessa direção como a interseção entre o itinerário de vulnerabilização e o itinerário de encruzilhamento, é a defesa de que não se pode pensar no cuidado se não for no ponto de encontro desses dois lugares, é habitando essa encruzilhada que o cuidado deve ser forjado:

o sofrimento encruzilhado como lugar de tensão, de tensionar as fronteiras do (im) possível, lugar de paradoxo, do ser e não ser, da dor e da glória, da opressão e da agência. É o lugar de onde se pode, a partir do encontro com as feridas e traumas interseccionais, produzir outras narrativas, outras oralidades para que seja possível se contar outras e renovadas histórias sobre o tempo, o espaço e o ser e o viver do passado-presente-futuro. O sofrimento encruzilhado é o sofrimento interseccional, o sofrimento localizado, marcado pelas diferenças que fizeram a diferença na vida das pessoas, é o sofrimento que nos ajuda a (re) contar uma história. (Solaterrar, 2020, p.241)

Em termos metodológicos, pensar a partir da noção do sofrimento encruzilhado orienta um caminho a se tomar diante do encontro com o sujeito, sua forma de viver, sofrer e morrer. Por isto é encruzilhada, por apontar para diferentes caminhos possíveis a serem tomados, logo por convocar a um posicionamento, a uma escolha, ética, política e técnica. Partindo do sofrimento encruzilhado, há a necessidade de reestruturação das práticas de cuidado em três níveis (Solaterrar, 2020, p. 243–244), conforme apresentados na imagem e tabela abaixo:

Figura 15 - Dimensões do Sofrimento Encruzilhado



Fonte: autor.

Tabela 1 - Dimensões do Sofrimento Encruzilhado

DIMENSÃO SIMBÓLICA	DIMENSÃO ESTÉTICA	DIMENSÃO METAFÍSICA
<p>Nível da linguagem em seus diferentes modos de expressão (escrita, verbal, gestual, corporal) para ser possível desmontar as hierarquias de poder-saber coloniais que se estabeleceram entre quem está no lugar de quem cuida, o profissional, e quem está no lugar de quem é cuidado, o paciente, usuário etc., privilegiando e centralizando a linguagem verbal, falada e contada de acordo com uma perspectiva linear, acumulativa, racional e ocidental de história e partir de termos e expressões técnicas, formatadas, enquadradas. Em termos práticos, esse nível aponta para a necessidade de escutar de fato e não apenas a ouvir as diversas linguagens que uma pessoa traz consigo nos atendimentos que realizamos, uma linguagem que fala além dela, que é também ancestral, geracional, uma linguagem que fala de seu tempo, seu lugar, que fala sobre o hoje, mas também fala sobre o ontem. A escutar a linguagem da sua cor/raça, do seu gênero, sexo, classe, território, enfim, escutar seu lugar de origem e seu lugar de fala.</p>	<p>Nível da imagem, da representação imagética, dos estereótipos e retratos pré-concebidos que nos tomam por meio de flashes automáticos que criam fotografias instantâneas ao vermos uma pessoa; nível do olhar que não se confunde com a mera visão superficial e colonizada. Aqui se aposta no desmonte das categorizações apressadas que se faz ao olharmos para alguém que chega até nós e traz consigo um corpo com um cabelo, lábios, cor, boca, forma de andar, se posicionar, parar, modo de gesticular e se comportar. Em termos práticos, indica-se o investimento na (des) construção de outras imagens sobre essa pessoa, que não fiquemos apenas com a imagem automatizada e estereotipada, que possamos ir além da velha “primeira impressão”. Como fazer isso? Dando a oportunidade para que a pessoa nos apresente essas outras imagens de si através de fotografias, imagens que escolher para falar de si, cenas e retratos que nos permita alcançar que a estrada vai além do que se vê.</p>	<p>Nível do não-dito, do impossível, dos silêncios, daquilo que não se pode apalpar, cheirar, escutar, olhar direta e concretamente. Nível da realidade como aquilo que sempre nos escapa, nível da verdade como aquilo que não existe. Nível daquilo que sobra, que escapa, que resta e está sempre por ser dito, nível, enfim, da falta que não se deve confundir com o vazio, pois se trata de uma falta que produz desejo, faz caminhar e constrói possibilidades de futuro. Para essa dimensão, se incentiva que nos questionemos sobre o nosso lugar de fala, nossos marcadores enquanto sujeitos/as, nossos atravessamentos, nossas afetações, privilégios e as moralidades que nos constitui para nos questionarmos como a geração, cor, gênero, sexo, território e classe a que pertencemos tem lido essa pessoa e colocarmos em suspensão as teorias de gente que vamos construindo a cada encontro, para tomá-las do lugar de eternas hipóteses que, como tal, devem sempre ser postas à prova a fim de não reproduzirmos lógicas estruturais de violência, opressão e colonização. Portanto, esse é o nível da intuição, do sentimento, dos cheiros, das sensações, o nível do entre, do dentro e do fora, do paradoxo, da intersubjetividade</p>

Fonte: autor.

Para efetivar tal proposta, é fundamental que se pense na importância de um trabalho para além do individual, que se aposte numa escuta que se faça também por meio dos coletivos e grupos, por um lado, e, por outro, que se repense o setting, o contexto, o lugar

onde tal cuidado vai se desenrolar, a partir do encontro com o sujeito e sua história de vida. História de vida essa que aqui se entende enquanto método de gestão do sofrimento e do cuidado em saúde mental, “uma estética, uma ética e uma teoria, que precisa ser olhada a partir das lentes da interseccionalidade para que possamos compreender a gestação do sofrimento, os agenciamentos e processos de subjetivação” (Solaterrar, 2020, p.244) e também a gestão do cuidado, e das formas de atuar sobre o sofrer.

O sofrimento encruzilhado, no modo como propõe-se aqui, tem como função colocar em diálogo as noções de sofrimento social (Kleinman, Das e Lock, 1997; Victora, 2011) e a perspectiva analítica interseccional (Brah,2006; Akotirene, 2018) apontando para a dimensão do saber localizado, de um saber que se constrói com as marcas locais, regionais e com um enfoque afrocentrado. Nota-se que, apesar das proximidades e afinidades dos conceitos supracitados¹⁷, tais conceitos não estão em diálogo direto no campo das ciências sociais. Portanto, objetiva-se aproximar a proposta epistemológica do sofrimento social com a proposta epistemológica dos estudos da interseccionalidade, ou seja, colocar em diálogo duas perspectivas sobre o sofrimento a partir do diálogo não apenas sobre as opressões, mas sobretudo sobre a agência (Solaterrar e Lowenkron, 2020).

O compromisso é com a gestão coletiva do viver, do sofrer e do morrer. A gestão coletiva dos sonhos e da possibilidade de construção de um bem viver possível para todos, e não apenas para alguns. Afinal, nosso ponto em comum, aquilo que nos une, apesar das nossas diferenças teórico-metodológicas, deve ser a premissa ética de que toda vida vale a pena e que, por isso, devemos construir uma vida que valha a pena para todos.

1.4 Ecologias de uma poética negra feminista: o começo de um mundo que (ainda) não conhecemos

“(…) Mulher do fim do mundo
Eu sou, eu vou até o fim cantar
Mulher do fim do mundo
Eu sou, eu vou até o fim cantar

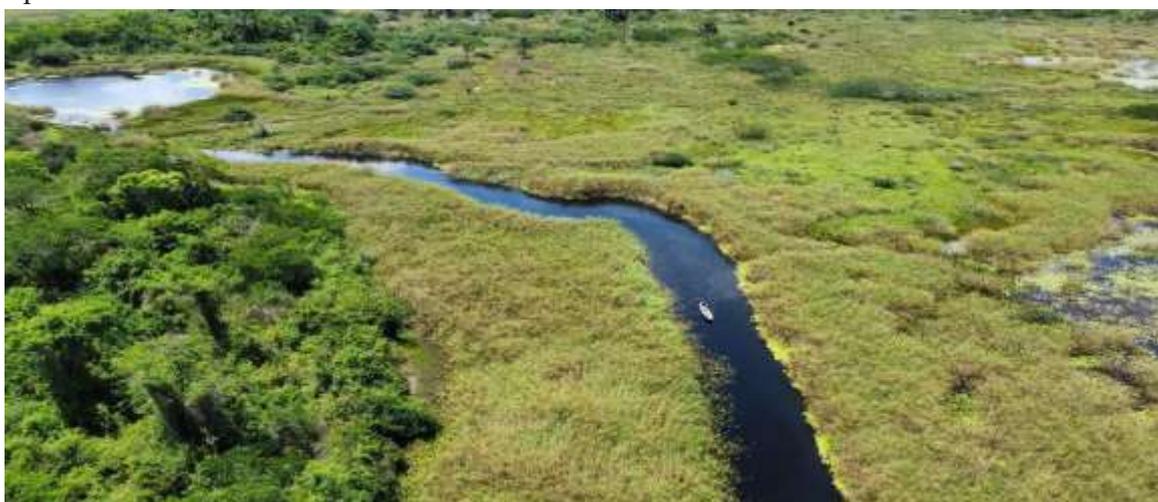
¹⁷“Por um lado, na discussão de sofrimento social falta a dimensão da cor, da carne e do sangue trazido pelo debate dos marcadores sociais da diferença. Em alguma medida, o social segue sendo posto de um modo homogêneo e pouco destrinchado em termos das suas marcas, de classe, de raça, de gênero, de território etc e diferenciações. Por outro lado, na discussão proposta pela perspectiva analítica interseccional talvez falte a dimensão do sofrer, dos processos de subjetivação. Ou melhor, apesar da experiência ser central, vai muito rapidamente para a dimensão do poder, deixando mais secundarizado a dimensão das emoções e dos processos de subjetivação.” (Solaterrar e Lowenkron, 2020, p.11).

Cantar

Eu quero cantar
Até o fim, me deixem cantar até o fim
Até o fim, eu vou cantar
Eu vou cantar até o fim.”.

Composição: Alice Coutinho / Romulo Fróes.

Figura 16 – Coração do quilombo I
F



Fonte: Jamile Coelho, arquivo pessoal.

Figura 17 - Coração do quilombo II



Fonte: Jamile Coelho, arquivo pessoal.

No dia 30 de dezembro de 2023, realizei uma visita ao Remanso, quilombo em Lençóis, Chapada Diamantina-Bahia, de origem indígena e negra. É nesse território que se

passa a obra *Torto Arado* do também baiano Itamar Vieira Junior. Realizei um passeio de barco com os amigos baianos (Cíntia Maria, Jamile Coelho, Leco França e meu companheiro Silvan Bandeira) pelo Rio Santo Antônio em direção ao Rio Roncador (agradeço aos amigos por compartilharem comigo essa experiência que também é referência para a escrita deste texto). Paulo, nosso guia que nasceu e se criou no local, conta no exato momento em que chegamos ao que chama de “coração da comunidade”, (região em que o Rio se abre e ficamos em frente à Serra do Sincorá, a maior serra da Chapada Diamantina), que lá “ninguém nunca teve depressão”. Que quando sentem algo diferente vêm mergulhar nessa região do Rio, no coração da comunidade, “local que tem mistérios”. Fala da alimentação orgânica que tem, do cuidado com a granja paras mulheres e da pescaria e do trabalho com o remo, com o barco para os homens. Ele diz, “tudo que a gente come a gente planta aqui.”.

Rememoro essa experiência que vivi no quilombo Remanso para, junto com a voz, a força e a música entoada por Elza Soares, a mulher do fim do mundo, defender que junto com o fim do mundo como o conhecemos, há a tarefa coletiva de começar um mundo que (ainda) não conhecemos. Indo além, esse novo início tem na ecologia e cosmogonia de uma poética negra feminista a régua e o compasso.

Lima (2020, p. 91) diz que a poética negra feminista traz a possibilidade de “construção de caminhos curativos e de fuga da violência da dialética racial” a partir da ideia de negritude de Denise Ferreira da Silva.

A partir do que chama de uma **poética negra feminista**, Denise Ferreira da Silva apresenta possibilidades de olhar para além da historicidade e da razão universal. Assim, “emancipar a negritude do mundo ordenado exige que o conhecer e o fazer sejam emancipados do pensamento, desarticulados das maneiras pelas quais – pensamento – o suposto trono universal, é limitado, circunscrito e encarcerado pela verdade”.

Denise lança mão dessa poética como ferramenta para des-pensar o mundo, para des-pensar o ideal de humanidade moderna herdado pela gramática kantiana, para decompor e dissolver o regime estético de Rancière. Em suas palavras,

Uma poética feminista negra habita a matéria em estado bruto, isto é, como aquilo que foi apropriado (extraído e violado), mas não integralmente obliterado por práticas e discursos nos quais o que acontece e o que existe é descrito como se determinado pela forma (abstração) ou pela lei (eficácia). (...) Em estado bruto, A Coisa, como um referente de indeterminação ($\infty - \infty$) ou como matéria prima, saúda a capacidade da negritude de libertar a imaginação das garras do sujeito e suas

formas, o que não é senão um primeiro gesto em face de um modo de pensar que contempla total e simultaneamente a virtualidade e a realidade¹⁸. (2014,p.46)

Uma interpretação poética feminista negra utiliza a luz negra para dissolver a determinabilidade, que fundamenta a apresentação kantiana do julgamento estético. Desloca o foco para o elusivo, o vago, o incerto – a fragrância –, tornando possível, dessa maneira, destituir a sequencialidade e expor as correspondências (virtuais) mais profundas, açambarcadas (mas não extintas) pelas formas abstratas do pensamento moderno. (2014, p.52)

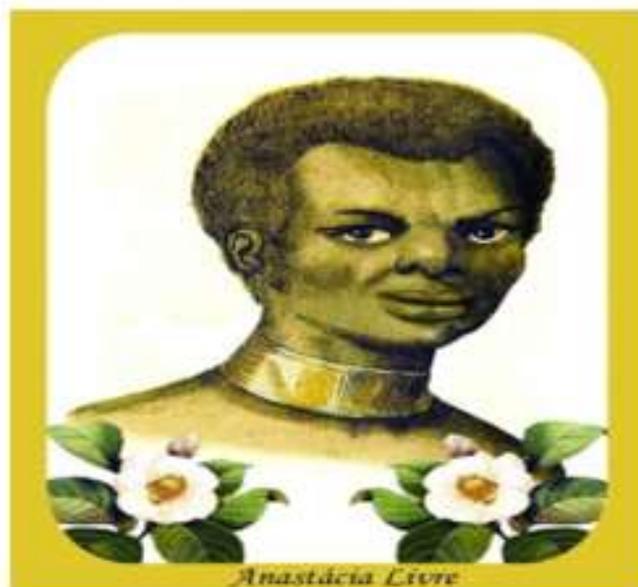
Para que o novo chegue, precisamos sustentar seguir habitando a zona de não saber por um tempo. Nesse sentido, lembro de uma aula, na disciplina “Expressões do Racismo e Saúde” na ENSP no dia 23 de setembro de 2022, em que a antropóloga Fátima Lima convida Conceição Evaristo para a conversa a partir de seus olhos que veem o invisível. A autora afirma que o campo da saúde é um campo muito formatado, muito sustentado pelos regimes de verdades. Logo, afirmo eu, um campo que precisa se des-pensar, se libertar e dissolver suas bases modernas e coloniais. Liberdade e sanidade andam juntas. Para essa tarefa, a poética negra feminista, a partir de trabalhos como os da Denise Ferreira da Silva, Jota Mombaça e Grada Kilomba sobre arte, estética, corpo, linguagem, morte e vida tem muito a contribuir.

Figura 18 – Castigo de Escravos



Fonte: Etienne Arago, 1817.

Figura 19 – Anastácia Livre



Fonte: Yhuri Cruz, 2022.

¹⁸ Para maior aprofundamento do debate entre realidade e virtualidade, ver: FERREIRA DA SILVA, Denise. Toward a black feminist poethics: the quest(ion) of blackness towards the end of the world. *The Black Scholar*, Brookline, v. 44, n. 2, p. 81-97, 2014.

Trago acima essas duas imagens, que são obras feitas em períodos e conjunturas distintas. A primeira, intitulada "Castigo de Escravos", de Jacques Etienne Arago, data de 1817, século XIX. A segunda, intitulada "Anastácia Livre", do artista Yhuri Cruz, é de 2022, século XXI. As transformações representadas pelo salto entre uma imagem e outra representam, para mim, a dissolução e a transmutação defendida e possibilitada pela poética negra feminista.

Todavia, de qual feminino estamos falando? A construção e o início desse novo mundo que (ainda) não conhecemos passa também pela tarefa de se permitir ser atravessado por outras lutas, lutas que são outras, mas que também são nossas. A exemplo do transfeminismo, já que ainda somos um campo marcado pela cishéteronormatividade. Em manifesto intitulado "Manifestações textuais (insubmissas) travestis", Sara Wagner York, Megg Rayara Oliveira e Bruna Benevides (2020, p. 1) afirmam que se trata de um manifesto que parte do pensamento travesti para apresentar "caminhos atravessados pelo transfeminismo e transativismo, para um futuro travesti, marcado pela luta, afeto e pela presença destas vidas e práticas (transformadoras) em todos os (anti)estratos sociais que operam com o poder da negatividade (Jack Halberstan, 2012)".

Ademais, a carta dos "30 anos de Bauru", redigida por ativistas, profissionais e usuários presentes no evento ocorrido em 2017 já nos apontava esse farol, ainda que a sua construção no chão e cotidiano dos serviços ainda seja um grande desafio:

Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioridade penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LBTTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas (Carta 30 anos de Bauru, 2017).

No livro "Na quebra: a estética da tradição radical preta", Fred Moten (2020) explora a dimensão do improviso e da improvisação como ponto de vista epistemológico, teórico e metodológico. O autor argumenta que toda e qualquer performance negra é improvisação. Ao longo deste texto, venho defendendo que precisamos bancar a inquietação e o incômodo de habitar a zona de não saber no encontro com os sujeitos em qualquer dispositivo que estejamos na RAPS, na vida. Só através do des-montar o lugar de saber já dado e as categorias já colocadas para leitura das "queixas e demandas", "dos sinais e sintomas", enfim, do sofrimento, poderemos, tendo o improviso como ética, poética, estética e política, começar e habitar um novo mundo.

Se existe um lugar onde a arte e a poética são construídas a partir da máxima do improviso, esse lugar é o rap e a cultura dos MC's. Demoremo-nos um pouco num trecho da música do Emicida e do Ghetto:

Aí, o tempero do mar foi lágrima de preto
 Papo reto, como esqueletos de outro dialeto
 Só desafeto, vida de inseto, imundo
 Indenização? Fama de vagabundo
 Nação sem teto, Angola, Keto, Congo, Soweto
 A cor de Eto'o, maioria nos gueto
 Monstro sequestro, capta tês, rapta
 Violência se adapta, um dia ela volta pro cês
 Tipo campo de concentração, prantos em vão
 Quis vida digna, estigma, indignação
 O trabalho liberta (ou não)...

(...) Depressão no convés
 Há quanto tempo nós se fode e tem que rir depois?

(...) Nessa equação, chata, polícia mata, pow
 Médico salva? Não
 Por que? Cor de ladrão
 Desacato, invenção, maldosa intenção
 Cabulosa inversão, jornal, distorção
 Meu sangue na mão dos radical cristão
 Transcendental questão, não choca opinião
 Silêncio e cara no chão, conhece?
 Perseguição, se esquece? Tanta agressão enlouquece
 Vence o Datena com luto e audiência
 Cura, baixa escolaridade com auto de resistência...

Por mais que você corra, irmão
 Pra sua guerra vão nem se lixar
 Esse é o xis da questão
 Já viu eles chorar pela cor do orixá?
 E os camburão? O que são?
 Negreiros a retraficar
 Favela ainda é senzala, jão
 Bomba-relógio prestes a estourar.

Música: Boa Esperança. Composição: Emicida / J. Ghetto.

Que a bomba-relógio estoure o tempo-passado, estoure e acabe com o mundo como o conhecemos para que possamos habitar e conhecer, de forma plena e coletiva, um mundo novo.

1.5 O Fim também pode ser um novo Início: algumas considerações

Chego ao final desta caminhada que também é início de muitas outras reafirmando três premissas:

- I. Não se pode perder de vista, nem da escuta, quem é o público que se atende nos serviços públicos do país, como o CAPS e outros serviços da RAPS, em termos da sua cor/raça, seu gênero, sexualidade, enfim, seu lugar na pirâmide social, seu lugar na partilha geográfica racial (Oliveira, Cunha, Gadelha, Santos, Carpio, Oliveira, Corrêa, 2020);
- II. Como produzir cuidado na RAPS desconsiderando nossa história enquanto indivíduo e coletividade? Reafirmamos um projeto societário em cada ato e encontro com os sujeitos nos diferentes espaços da rede e da vida. Qual projeto você tem defendido com a sua prática profissional, intelectual e ativista?;
- III. O sofrimento, em nosso país, traz a marca das desigualdades que nos caracteriza enquanto povo.

Começamos esta caminhada com Estamira. Agora, convido-a novamente para, por um lado, constatar que realizar os sobrevoos feitos neste trabalho, tendo-a como ponto de partida, faz com que reflitamos o que ela representa e como ela viveu em um tempo de transição, sendo a “beira do mundo”, como ela mesma diz. Refiro-me aqui ao fato de ela acompanhar justamente o processo de transição do modelo manicomial para o da atenção psicossocial, tendo uma assistência totalmente medicalizada.

Por outro lado, volto à Estamira para pensar no que ela nomeia de “trocadilo”, como aquilo que “faz as pessoas viverem na ilusão, acreditar em coisas que não existem”. Como tentei demonstrar ao longo deste capítulo, muito do nosso campo foi estruturado a partir de uma ilusão, de uma ficção sobre a noção de humanidade, normalidade, patológico, sanidade, loucura, raça, sobre quais vidas valem a pena e merecem nosso respeito, atenção e cuidado.

Para Lima Barreto, em *Cemitério dos Vivos*, “o espetáculo da loucura, não só no indivíduo isolado, mas, e sobretudo, numa população de manicômio, é dos mais dolorosos e tristes espetáculos que se pode oferecer a quem ligeiramente meditar sobre ele”. O autor relembra ainda que o grego Catão dizia que “os sábios tiram mais ensinamentos dos loucos que estes deles”, e questiona, “deve ser assim, conforme quem os interpela e o tempo que o faz, mas o certo é que, à primeira vista, o ensinamento não é, como queria o orgulho romano, para melhoramento e progresso dos ajuizados”. Para ele, ao contrário disso, “a primeira impressão é de abjeção para o espírito, pelo enigma que nele se põe, diante de uma misteriosa interrogação sem resposta. Donde vem isto? Que inimigo da nossa espécie é esse que se compraz em nos rebaixar?”.

A ilusão e a ficção são tamanhas que o “rebaixamento” é feito sob a alcunha do cuidado e das “boas intenções”. Contudo, como podemos apostar aqui, a partir de uma

perspectiva fanoniana: o veneno pode ser transmutado em antídoto de forma a possibilitar a continuidade do envolvimento do campo da atenção psicossocial. Envolvimento, nem desenvolvimento. Para Nego Bispo (2023), desenvolvimento é “um vírus pandêmico”, assim como o vírus da COVID-19 que atravessou e marcou esta pesquisa, uma “variante da cosmofobia”: “(...) Para enfraquecer o desenvolvimento sustentável, nós trouxemos a biointeração; para a coincidência, trouxemos a confluência; para o saber sintético, o saber orgânico; para o transporte, a transfluência; para o dinheiro (ou a troca), o compartilhamento; para a colonização, a contracolonização.”.

O sofrimento encruzilhado neste texto, revisitado a partir da poética negra feminista e a sociogênese fanoniana, foi um dos faróis apresentados aqui como aposta para seguirmos caminhando na direção da confluência e da contracolonização do campo. Encruzilhar o sofrimento é dar a ele outros modos de ser cuidado, é estratégia contracolonial, no sentido de não permitir que ele tenha na medicalização e na psicologização a única resposta e caminho possível. Que ele tenha na loucura, na doença e no transtorno mental o único mar onde possa desaguar.

Assim, se o sofrimento deve ser encruzilhado, cabe seguirmos nos perguntando sobre como encruzilhar o cuidado. Como enegrecê-lo de modo a dialogar com as referências e teóricos do norte global, como Foucault, Goffman e Basaglia, sem perder de vista e da escuta, o saber, e o não-saber, que vem dos intelectuais, ativistas, usuários e artistas do Brasil e da América Latina. As diferenças entre nós existem e devem ser cultivadas, inclusive entre nós que estamos do mesmo lado nessa guerra que está colocada, isso não é um problema. A aposta aqui é que habitar a categoria do sofrimento como operador de nossas práticas pode ser um caminho e um ponto de encontro e confluência entre as nossas diferenças.

A categoria “transtorno mental” está relacionada com um conceito mais amplo de diagnóstico, a partir de uma dimensão biopsicossocial, mas traz consigo um forte viés de uma psiquiatria biomédica e uma saúde mental fortemente ancorada nos manuais diagnósticos como padrão outro para a clínica e o fazer. Ao falarmos de “doença mental” tem-se a premissa de estabelecer as causas, um padrão de sintomas e medidas terapêuticas padronizadas, como, por exemplo, as doenças tidas como estritamente somáticas, se é que isso existe. A doença mental toma o cérebro como território único onde o sofrimento nasce e habita. Transtorno, por sua vez, aponta para a variabilidade da trajetória diagnóstica e da multifatorialidade do diagnóstico. A “loucura”, como categoria social, como vimos, traz inúmeras possíveis interpretações e facilmente nos leva para a estigmatização do sujeito louco.

E o sofrimento, onde entra nessa conversa?

Desde sempre se sofre, *viver é sofrer*. Por isso, o sofrimento nos humaniza, nos coloca no mesmo nível, no mesmo ponto. O sofrimento aponta para a experiência subjetiva, singular, psicossocial de cada pessoa, a dimensão da vivência e da experiência: como cada pessoa vive a sua depressão, a sua esquizofrenia, a sua psicose, como cada sujeito vive a sua loucura?

Voltarmos para a dimensão do sofrimento para pensar sobre a sua gestão pode nos levar a seguir desnortando nossos saberes e práticas para aquilombar a nossa luta que só será radical se for antimanicolonial, como nos ensina Emiliano de Carmargo David (2022, 2023). Se seguirmos ouvindo as “vozes negras do campo da atenção psicossocial” (Benício, 2022). Deivison Faustino (2023) nos alerta, entretanto, que

“o aquilombamento proposto por Emiliano David, em seu diálogo com uma rica tradição de pensamento antirracista que o antecede, não é o mesmo que racializar a saúde mental. Aliás, se pensarmos com Frantz Fanon veremos que a tarefa é a oposta. A saúde mental já é racializada quando invisibiliza a experiência psíquica de pessoas negras em detrimento de uma subjetividade baseada na sociabilidade europeia.” (p.17)

Numa perspectiva fanoniana, nossa tarefa é, portanto, desracializar a saúde mental, este campo que se constituiu e segue sendo pensado a partir da branquitude, da brancura e do identitarismo branco. Diante do dado de realidade que nos coloca frente a resistências e desafios concretos para fazer valer os desejos de mudança, sobretudo em fazer grandes mudanças estruturais, a aposta segue sendo “na necessidade de apalpar e identificar as gretas do sistema” (Vasconcelos, 2016) como estratégia para “sair da grande noite” (Mbembe, 2020). Essa noite que traz luz e sombra para o cuidado e vida dos usuários da saúde mental.

O Sol há de brilhar mais uma vez
A luz há de chegar aos corações
Do mal será queimada a semente
O amor será eterno novamente

É o juízo final
A história do bem e do mal
Quero ter olhos pra ver
A maldade desaparecer

Música: Juízo Final. Composição: Nelson Cavaquinho / Élcio Soares.

Bispo do Rosário passou parte de sua vida se preparando para o “juízo final”, passou parte de sua existência construindo o testemunho da sua vida através do manto e das outras que construiu. Era o manto de apresentação quando chegasse ao céu. Entretanto, ele morreu, e sequer foi enterrado com o manto, que segue sendo muitas vezes mercantilizado, na era onde tudo vira mercadoria. Segue abaixo a imagem de Bispo e seu manto, disponível no site oficial do “Museu Bispo do Rosário”.

Figura 20 – Arthur Bispo do Rosário



Fonte: Divulgação/Festival Internacional de Artes de Tiradentes

Figura 21 – Manto de Arthur Bispo do Rosário, exposto em museu



Fonte: Divulgação/Festival Internacional de Artes de Tiradentes

Bispo não viveu o juízo final, mas nós podemos viver. Não o juízo final cristão, mas o juízo final que nos permitirá romper com a matriz ontoepistemológica da modernidade colonialista, acabar com este mundo e habitar os feixes de luz do novo mundo. Entendo com Nêgo Bispo que somos começo ,meio e começo. Portanto, finalizo este capítulo iniciando uma saudação e reflexão a partir do cavalo Marco, símbolo da luta pelo cuidado em liberdade para os usuários da saúde mental de Trieste, na Itália. Em algum grau, Marco se encontra com Estamira, Bispo do Rosário, Lima Barreto, com Damião Ximenes e todos aqueles que de algum modo seguem contribuindo para o fortalecimento da RAPS e do projeto societário (Coutinho, 2000; Netto 2008), de um projeto de mundo sem manicômios, seja ele qual for.

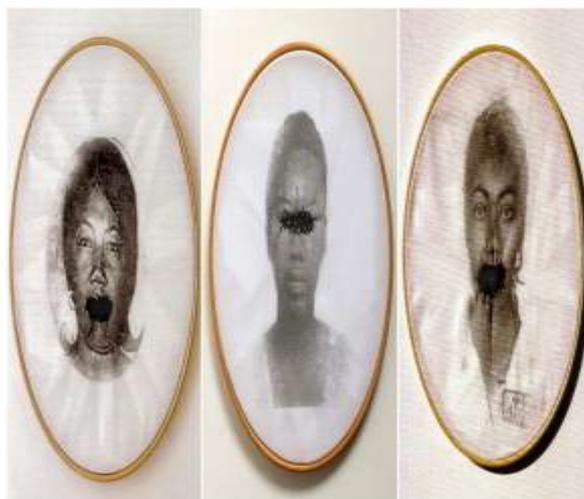
2 DOCUMENTOS E CONFERÊNCIAS NO (DES)FAZER DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA: POR UMA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL ANTIRRACISTA

Figura 22 - Salvação das almas?



Fonte: Rosana Paulino, 2017. Divulgação.

Figura 23 - Série Bastidores



Fonte: Rosana Paulino, 1997. Divulgação.

No dia 26 de março de 2022, eu estava na Conferência Municipal de Saúde Mental de um dos municípios da Baixada Fluminense, onde atuava na função de supervisor clínico institucional de dois CAPS II, um infanto-juvenil e um adulto. A Conferência fazia parte dos preparativos para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). A atividade começou na sexta à noite e terminou no sábado. No sábado, pela manhã, houve mesas com discussão sobre os eixos da CNSM¹⁹ que tinham como eixo principal “Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos”.

¹⁹ A 5ª CNSM teve, além do eixo principal, 4 eixos e seus subeixos. Os mesmos serviram de base para a organização das etapas preparatórias (conferências municipais, regionais e estaduais). São eles: I - Cuidado em liberdade como garantia de Direito a cidadania; II - Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental; III - Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade; IV - Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial

Na parte da tarde, após as discussões das propostas por cada eixo e após a deliberação das mesmas na plenária final, chegou o momento de eleição dos delegados que iriam representar o município na Conferência Regional. A escolha dos delegados deveria ocorrer conforme previsto pelo princípio organizativo do SUS do controle social e participação comunitária garantida pela lei no 8.142/90, que institui os Conselhos de Saúde e estabelece a paridade como princípio, sendo 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores.

As indicações para “trabalhadores” e “gestores” foram preenchidas sem grandes questões, entretanto, quando da escolha para quem iria ocupar as vagas destinadas para usuários houve maior agitação, discussões e afetação. Nessa cena, algo me chama atenção: o movimento das pessoas do Conselho Municipal de Saúde, um dos organizadores da Conferência junto da Secretaria Municipal de Saúde. ou seja, de pessoas do Conselho que estavam conduzindo esse momento da Conferência.

Tais pessoas, dois homens que estavam na condução em cima do palco do teatro onde estava acontecendo a assembleia, indicaram seus nomes para serem delegados e suplentes na Conferência Regional na categoria “usuário”. Tal indicação foi questionada por três mulheres que estavam na plateia do teatro, lugar onde eu também estava sentado, com a diferença que eu já havia ocupado o lugar do palco na parte da manhã quando da mediação de uma das mesas.

As mulheres eram familiares de alguns usuários da rede de saúde mental, mas também eram usuárias da rede de saúde, de forma geral. Elas questionaram o motivo de não ter sido aberto para indicação ampla entre as pessoas presentes que porventura tivessem interesse em serem indicadas para ocupar “a vaga dos usuários”. Os dois homens cortaram a fala delas justificando que “pelo avançar da hora”, “não haveria tempo para maiores discussões”, defendendo a necessidade de “sermos objetivos”, já que “todos ali estavam cansados e queriam ir para suas casas”. Era final da tarde de um sábado. Por fim, disseram que os nomes deles seriam indicados e que “depois, caso alguém seguisse discordando”, “poderíamos conversar com calma nos bastidores, para não tomar o tempo de todos os presentes”. E, com essa cena final, a Conferência é “oficialmente encerrada”.

As pessoas na cena eram dois homens negros (pardos) e cisgêneros; e três mulheres negras (pretas retintas) e cisgêneras. Liberdade, respeito, direitos humanos, participação popular, princípios, equidade, cuidado psicossocial: palavras, expressões chave nos eixos

definidos para a CNSM. Ao assistir aquela cena final da Conferência, muitos afetos me tomaram. As palavras/expressões chaves descritas acima voltavam em minha cabeça como “vozes”, “pensamentos intrusivos”, “pensamentos obsessivos” que provocavam angústia, tristeza e frustração. A sensação era a de que, mais uma vez, os usuários e familiares, protagonistas fundamentais no movimento da luta antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira estavam sendo empurrados para a plateia.

Caterina Koltai (2016a) defende que é o laço social que enlouquece porque “sofremos dos males do nosso tempo”, males produzidos “no encontro com o outro”. Logo, “o sintoma é social e político” (Mori, 2018, p.94). Sendo assim, a psicanálise seria sempre política. Nessa direção, afirmo aqui que toda clínica é política, a vida é política, logo não há como pensar o campo da saúde mental sem considerar a dimensão política.

Política vem do grego “*politikós*” que, por sua vez, deriva de “*pólis*” significando o espaço público, o comum: “esfera pública, enquanto mundo comum, reúne-nos na companhia uns dos outros” (Arendt, 1958/2002, p. 23). É o espaço do entre, do encontro com as diferenças, com a diversidade, do privado e/no público, o espaço das relações. Cabe à política, assim, organizar “as diversidades absolutas de acordo com uma igualdade relativa e em contrapartida às diferenças relativas” (Arendt, 1958/2002, pg. 24), organizar a vida em sociedade, a partir de princípios democráticos ou não.

“A palavra democracia se origina no grego *demokratía*, composto de demos (povo) e kratos (poder). (...) Numa política democrática, é preciso exercitar o diálogo entre os diferentes interesses” (Mori, 2018, p.94), os conflitos que certamente surgirão devem ser negociados pela palavra, pelo discurso se o objetivo for evitar a passagem ao ato, à violência, à guerra. Guerra que, conforme resgata Mori, supracitada, é definida por Freud (1915/2010b, p. 211) como “um acontecimento que destrói bens preciosos da humanidade, confunde inteligências das mais lúcidas e degrada tão radicalmente o que era elevado; até a ciência perde sua desapaixionada imparcialidade”. Fazer política pela guerra é algo que a nossa conjuntura geopolítica atual tem vivido a partir das guerras da Rússia e Ucrânia e de Israel e o Hamas, esta última com consequências de um genocídio devastador contra o povo palestino.

Este capítulo parte do pressuposto de que há uma interface política em toda e qualquer experiência clínica, em todo e qualquer cotidiano dos serviços da RAPS, assim como há uma dimensão política no modo de gerir a nossa sociedade. Ao dirigirmos nosso olhar para o mapa da desigualdade social no Brasil entendemos, com Souza (2003), que a desigualdade é a mais importante contradição da sociedade brasileira e revela-se como um processo que gerou

classificações em diferentes tipos de gente com acesso a diferentes tipos de direitos: alguns - sujeitos de direito, cidadãos -, e outras gentes.

Para o autor, a principal contradição que marca nossa sociedade é a constituição de uma gigantesca "ralé" de inadaptados e inúteis às demandas da vida produtiva e social modernas, constituindo-se, assim, numa legião de "imprestáveis" com consequências existenciais, e “na condenação de dezenas de milhões a uma vida trágica sob o ponto de vista material e espiritual, quanto sociopolíticas como a endêmica insegurança pública e marginalização política e econômica desses setores” (Souza, 2003, p. 184).

Desigualdades que, não por acaso, fazem ser da ordem do comum e do ordinário cenas como as que abrem esse texto, cenas nas quais alguns seguem ocupando lugares de poder, protagonismo e decisão, ao passo que outros seguem ocupando os lugares de silenciamento, opressão e figuração, o lugar da plateia. Ainda que não sejam lugares estanques, cristalizados, imóveis, produzir mudanças efetivas e radicais nestes lugares sociais não é tarefa simples e individual.

Os efeitos dessas disputas de narrativa, da luta concorrencial (Bourdieu, 1983) que, segundo o autor, define o campo científico, também marca o campo político. Por tudo isso, o objetivo, neste capítulo, é olhar para a gestão do cuidado no campo da saúde mental no Brasil a partir de uma escala macropolítica. Para isso, as análises se darão através de três aspectos. O primeiro, um olhar para a chamada “contrarreforma psiquiátrica” (Lima, 2019) em curso no Brasil, tendo o marcador espaço-temporal de dezembro de 2015 a junho de 2023. Aqui foi preciso ir além do marcador temporal desta pesquisa (2020-2022) por se considerar ser fundamental olhar para o *zeitgeist*, o “espírito da época”, o contexto político-social que engendrou a conjuntura da contrarreforma.

O segundo aspecto passará por análise a partir das minhas andanças nas conferências municipais e estadual de saúde mental nos anos de 2021 e 2022 e, por fim, analisar as (des)articulações entre a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A costura entre esses diferentes aspectos, tempos e espaços se dará a partir do meu corpo, a partir da minha experiência de trânsito entre os espaços da gestão, sobretudo a partir de duas cenas/situações vividas na gestão de um CAPS II/III em Jacutinga, município da Baixada Fluminense, que falam da presença do meu corpo nesse tempo-espaço, dos marcadores que me atravessam para pensar no que isso coloca em movimento, afinal, o corpo também é político.

O caminho metodológico tomado aqui aposta no olhar etnográfico porque ocupa uma posição que não é neutra no campo dos posicionamentos discursivos. Um olhar etnográfico,

seja para os documentos, eventos, políticas ou andanças pelas conferências. Um olhar inspirado na etnografia de documentos (Ferreira e Lowenkron, 2020, p.14) que propõe a escrita e os documentos, como as cartas, leis, portarias, resoluções, notas técnicas, políticas, relatórios e audiências públicas analisadas aqui, como “tecnologias e artefatos centrais” para a compreensão de certos modos de gestão da política, das pessoas, das relações e do cuidado em saúde mental, no nosso caso.

Seguindo com Ferreira e Lowenkron (2020, p.14), propõe-se “pensar antropológicamente os documentos, e não apenas através deles, debruçando-se sobre relações estabelecidas entre sujeitos, papéis e arquivos” com fins de explorar a “materialidade, a capacidade de associar pessoas ou provocar rupturas, os efeitos de ocultamento ou exibição de assimetrias e autoridades, e, ainda, os afetos, agenciamentos e poderes que esses artefatos exercem”.

Patricia Hill Collins (2019) nomeia de “imagens de controle” as ferramentas e estratégias utilizadas pelos grupos dominantes na direção de consolidar seu poder por meio de atos de violência. A gestão da dominação e do controle a partir de imagens “centradas em estereótipos e marcadores sociais da diferença que articulados e manipulados conferem aparência de neutralidade e naturalidade às injustiças e práticas sociais discriminatórias que essas imagens de controle sustentam” (Santos e Costa, 2022, p.4). Por meio da articulação de tal noção com a ideia de “dominação” de Max Weber (1982,2004), Santos e Costa (2022, p.4) ratificam que “é somente por meio da legitimidade que o domínio se funda”, sendo que “Weber aponta que a depender da natureza da legitimidade, difere-se o tipo da obediência e o caráter da dominação e também, com isso, seus efeitos”.

Proponho aqui olhar para cenas como as que abrem este texto, assim como para os documentos que serão analisados aqui como dispositivos das imagens de controle acionadas para seguir mantendo certas pessoas e certos corpos em lugares de subalternidade, na plateia: no caso, usuários da saúde mental, “os loucos”. Afinal, a partir dos estereótipos sobre esses: “eles são infantis, não podem falar por si, precisam ser tutelados”, tudo sempre “em nome do cuidado”. Nesse sentido, o mito da democracia racial brasileira é uma dessas estratégias de dominação, das teorias que ocultam as relações raciais de subalternização (Oliveira, 2020), a partir de imagens de controle, o que, por exemplo, complexifica a produção e a efetivação de políticas públicas específicas para a população negra no país (Mattar, 2023).

Sem a Reforma Sanitária que garantiu a criação do SUS e a defesa da saúde como direito para todos e dever do Estado (Paim, 2008,2009), não existiria a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Pelo menos não nos moldes de uma Política Pública como a conhecemos. Sem a

Reforma Sanitária e a criação do SUS, seus princípios e diretrizes não existiria a RPB (Passo, 2017; Solaterrar, 2018). Entretanto, a realidade do SUS que presenciamos é aquilo que Paim (2009) diferencia como SUS real, subordinado aos interesses políticos e econômicos da burguesia por meio do clientelismo, corporativismos, interesses partidários etc., afastando-se do SUS ideal, democrático, orientado pela Reforma Sanitária, pelo compromisso com os direitos, com a participação política e os valores da igualdade, solidariedade e emancipação.

Estamos diante de um momento histórico e geopolítico em que, a nível local, estamos tentando nos reconstruir após sucessivos golpes e ataques à democracia, sendo o impeachment da presidenta Dilma e o ataque aos três poderes ocorrido em Brasília no dia 08 de janeiro de 2023 imagens representativas disso. A nível global, assistimos e sentimos os efeitos e reverberações de uma onda política neoconservadora fincada no neoliberalismo, na era da desinformação e no uso estratégico das redes sociais e milícias digitais como forma de fazer política.

Seja na conjuntura atual, seja em outros momentos históricos no nosso país, a questão da despossessão da cidadania de certos sujeitos é uma questão sempre presente. Basta olharmos para o lugar da loucura e do louco em nossa sociedade. Não de qualquer loucura, mas sobretudo daquela que se intersecciona com as marcas de classe, raça, gênero, sexualidade e território. A loucura, com as marcas do nosso meio, trás e reflete diferentes lugares de exclusão.

Crenshaw (2002) enriquece essa discussão ao propor o conceito de interseccionalidade ou alquimia de categorias. De acordo com a autora, as violências não acontecem separadamente, é na confluência desses fatores, na organização dessa existência atravessada por esses pertencimentos, que a subjetividade e posição social são construídas. Diante do exposto, não seria profícuo levar em conta a importância de se considerar esses diferentes lugares de pertencimento nas políticas públicas e modos de pensar e estruturar as redes de atenção, nos modelos e dispositivos de cuidado que operam processos de desinstitucionalização?

Assim como a loucura é gestada a partir de diferentes lugares de exclusão, as imagens de controle acerca dos loucos também. Não por acaso, as imagens que abrem este capítulo são obras da artista Rosana Paulino, já apresentada anteriormente: “A salvação das almas” e “Bastidores”. Por muitos caminhos, essas imagens se conectam com a cena que vivi no teatro que relatei na abertura do capítulo. Por muitas linhas, nós, pontos, máquinas, agulhas e costuras a “salvação” se conecta ao “silenciamento”, o “cuidado” aos “bastidores”.

Fazer política pública no Brasil, sobretudo a partir de territórios como os que essa pesquisa se debruça, a Baixada Fluminense, tem sido reiteradamente uma forma de governo, uma forma de gestão de certas pessoas e certos corpos pelo silenciamento, pelos bastidores, pela manutenção de certas pessoas na plateia, para que outras sigam ocupando o lugar do protagonismo. É por esses meandros, (des)caminhos e (des)articulações que caminharemos nas próximas seções.

2.1 O lugar dos documentos no (des)fazer da Reforma Psiquiátrica

Ferreira e Lowenkron (2020, p. 06), ao analisar sobre o lugar dos documentos na disciplina antropológica, afirmam que os “documentos foram um dos artefatos etnográficos historicamente mais negligenciados pela disciplina” (Riles, 2006; Hull, 2012). Com o objetivo de mapear o cenário atual da RPB, no plano macropolítico, bem como delimitar os desafios, tendências e agendas prioritárias frente à conjuntura, foi realizado um levantamento de alguns documentos relacionados ao período que tomamos como marcador para este capítulo: dezembro de 2015 a junho de 2023.

A proposta não foi analisar de forma minuciosa e sistemática os documentos que serão citados, o objetivo foi, isso sim, identificar os principais marcadores discursivos presentes neles. Foi olhar para a sua materialidade, para a sua “vida social”, seus trânsitos com enfoque na análise da 1) dimensão afetiva, do lugar dos documentos nas afetações dos sujeitos implicados no processo, nas mobilizações e (des)articulações no campo; 2) a dimensão da guerra de narrativa, das disputas travadas entre indivíduos e coletivo, a guerra de papéis, como nomeia a pesquisadora Ariana Alves (2020). Ferreira e Lowenkron (2020), a partir dos trabalhos de Padovani (2013), Farias (2014), Ferreira (2015), mostram a forma que os documentos podem ser acionados como “instrumento basilares de disputas e demandas colocadas por determinados sujeitos e coletividades diante de agentes e agências de Estado” (p.8); e, por fim, 3) a dimensão performativa: “o que eles dizem (ou registram), mas também e principalmente sobre o que eles fazem (ou o que permitem fazer)” (p.8-9).

Realizou-se uma seleção dos documentos listados abaixo com base na repercussão para o tema e para os debates em curso. Ou seja, com base no trânsito desses, a sua vida social na afetação dos atores envolvidos, nas disputas empreendidas e na sua consequente performatividade para pensar o estatuto da RPB no contexto atual, numa perspectiva nacional, mas também local (Rio de Janeiro).

Para sistematização e análise desse material tomou-se como aposta a defesa de que são, antes de tudo, formas e atos de discurso. A noção de discurso que se trabalha parte do pressuposto da história como descontinuidade, fragmentação e luta, ou seja, olhar e analisar um discurso “não é revelar uma interpretação ou descobrir um fundamento, mas estabelecer uma positividade, já que ele constitui, molda, produz o objeto que recorta.” (Foucault, 1986, p. 144).

À vista disso, tomo os documentos como atos do discurso naquilo que eles podem produzir, podem (des)fazer do próprio fio que conduz a Reforma Psiquiátrica brasileira, a própria reforma. Olho para os documentos com menos certezas e mais interrogações: em resposta a que tipo de demanda foram fabricados? Respaldados por que tipo de justificativa técnica, ética e política se deu o seu trânsito? Quais afetações produziu, quais disputas mobilizou e como performou no campo?

Tabela 2 - Linha do Tempo da RPB através de eventos e documentos importantes

ANO	DOCUMENTO/EVENTO	TIPO
1987	I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (lema “ <i>por uma sociedade sem manicômios</i> ”)	Conferência Nacional
1989	Projeto de Lei 3.657/89 (MP, Organizações de Saúde e Paulo Delgado-PT/MG)	Projeto de Lei
1992	II Conferência Nacional em Saúde Mental (participação ativa de usuários e o relatório como diretriz para a política)	Conferência Nacional
2000	Portaria 106 (SRT), 11/02/00	Portaria Ministério da Saúde (MS)
2001	Lei 10.216, de 06/04/01	Lei Federal
2002	Portaria 336,19/02/02	Portaria MS
2011	Portaria 3088 (RAPS) e Portaria 3090 (SRT), de 23/12/11	Portarias MS
2015	Demissão de Tikanory/Audiência Pública da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ), ato “Fora Valencius”, em 18 de dezembro de 2015 (121 dias de ocupação)	Eventos Políticos e dos movimentos sociais
2016	Exoneração de Valencius/ impeachment de Dilma/Aprovação da PEC 95 (“PEC do fim do mundo”) e Portaria 1.482 em 26/10/16	Eventos Políticos, Emenda Constitucional e Portaria MS

2017	<p>-Cartas Públicas do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) acerca da RPB:25/04, 11 e 20/12/17;</p> <p>-Debate público sobre a RAPS ocorrido na Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 21/06/17;</p> <p>-A Portaria 2.436, chamada “nova PNAB” de 21/09/17;</p> <p>-Resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 14/12/17;</p> <p>-A reformulação da Política Nacional de Saúde Mental e da Política de Álcool e outras drogas, pela Portaria Ministerial 3.588, em 21/12/27;</p> <p>-Portaria Interministerial n. 2 – Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), MS, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério do Trabalho (MT) de 21/12/17;</p> <p>-A Carta do Encontro de 30 Anos de Bauru em dezembro de 2017.</p>	Cartas CFM e ABP/Debate Público/Portaria MS/Resolução CIT/Portaria MS/Portaria Interministerial/Carta Movimento Social
2018	<p>-Resolução CIT 35e Resolução CIT 36 de 25/01/18;</p> <p>-Resolução n.1 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD), 09/03/18;</p> <p>-Portaria 679, de 20/03/18;</p> <p>-Edital 1/18 – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD)/ Ministério da Justiça (MS, MT e MDS), 25/04/18;</p> <p>-Portaria 544, 07/05/18;</p> <p>-Portaria 2.434,15/08/18;</p> <p>-Portaria 3.659,14/11/18;</p> <p>-Portaria 3.718, 22/11/18;</p> <p>-Evento da Federação Brasileira de Planos de Saúde (FEBRAPLAN) com o lema “a ousadia de propor um novo sistema de saúde”;</p>	Resolução CIT/Resolução CONAD/Portaria MS/Edital SENAD/Portarias MS/Evento FEBRAPLAN
2019	<p>-Nota Técnica n. 11/2019-Coordenação Geral de Saúde Mental e Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/MS, 04/02/19;</p> <p>-Decreto presidencial n. 9.761, 14/04/19;</p> <p>-PLC 37/2013 (Osmar Terra): “Nova Política de Drogas”</p>	Nota Técnica/Decreto Presidencial/Lei
2022	<p>-Edital de chamamento público 03, de 01/03/22;</p> <p>-Portaria 596,22/03/22;</p> <p>-Documento “Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil”, de novembro de 2022</p>	Edital/Portaria MS/Documento Ministério da Cidadania
2023	<p>-Indicação da profa. Nísia Trindade ao Ministério da Saúde;</p> <p>-Criação do Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras drogas (DESMAD), vinculado ao MS e indicação da profa. Sônia Barros como diretora;</p> <p>-Decreto Nº 11.392, de 20/01/23, criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS);</p> <p>-Fim do “Departamento de Apoio as Comunidades Terapêuticas”. Ou melhor, a mudança de nome para: Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas;</p> <p>-Lançamento da Frente Parlamentar Mista para a Promoção da Saúde Mental.</p>	Eventos políticos/Decreto Presidencial

Fonte: autor.

Como primeiro marcador, e que orienta o período que vamos trabalhar (dez/2015 - jun/2018), considerando a ampla repercussão que teve para o campo da saúde mental, no Brasil e no mundo, identificamos o ato de demissão do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Roberto Tykanori, e sua substituição por Valencius Wurch, em dezembro de 2015.

Com Vasconcelos (2016) e diversos outros pesquisadores e ativistas do campo, entendemos que apesar das críticas e de algumas limitações no avanço da reforma até aquela data, era inegável a sua direção e horizonte na luta antimanicomial, ao menos no seu aspecto de ampliação da RAPS e fechamento dos hospitais psiquiátricos. Isso se deve também ao fato de a gestão nacional da saúde mental ter sido ocupada por sanitaristas, pesquisadores e ativistas alinhados ética e tecnicamente à luta antimanicomial (Prof. Pedro Gabriel Delgado-agosto de 2000 a dezembro de 2010 e o Prof. Tykanori, fevereiro de 2011 a dezembro de 2015).

Pedro Delgado e Roberto Tykanori têm trajetórias que não só os qualificam para ocupar o cargo, mas como os respaldam frente aos atores do campo, seja da academia, seja da ponta, ou da militância. Portanto, a indicação de Valencius representa uma ruptura radical por sua história atrelada à gestão da maior instituição psiquiátrica privada da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras - Paracambi, durante a década de 1990. Local com várias evidências de violação grave dos direitos humanos dos usuários que lá ficaram por anos²⁰.

Em fala na audiência pública ocorrida no dia 18 de dezembro de 2015 a partir no movimento “Fora Valencius”, Paula Cerqueira²¹, figura importante na reforma psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro, traz um pouco do processo de desinstitucionalização ocorrido na “Casa de Saúde dr. Eiras de Paracambi” a partir da “Caravana da Cidadania e Direitos Humanos” que percorreu vários hospitais no Brasil, fruto de um processo, em suas palavras, “rigorosamente técnico e ético”:

Essa ação, ela começa com o fechamento das internações. E por que as internações foram fechadas? Por que assim que chegamos a casa de saúde dr. Eiras de Paracambi, realizamos um censo clínico e psicossocial com pesquisadores da Fiocruz, várias entidades científicas e institutos de pesquisa envolvidos e esse censo só veio, infelizmente, ratificar o cenário de horror que era aquele estabelecimento, que não era estabelecimento de saúde. Ele não fazia nenhuma diferença de um

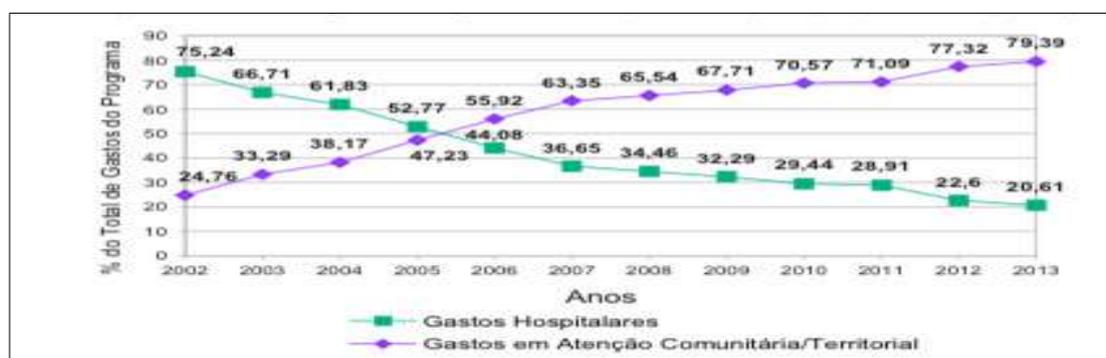
²⁰ Para maior aprofundamento, sugiro a leitura de GULJOR (2013) em “O fechamento do hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no município de Paracambi: um estudo de caso.”.

²¹ Professora da UFRJ, foi coordenadora de saúde mental do estado do Rio de Janeiro de 2000 a 2004.

campo de concentração. E por que estou trazendo isso aqui? Porque aquelas pessoas que estavam ali, essa assistência ela não foi produzida em um ano, ela não foi produzida em dois anos, ela foi produzida em uma década, década da qual teve a participação ativa do sr. Valencius como diretor clínico.

Ao olharmos para os dados da PNSM até o momento anterior à indicação do Valencius, podemos entender qual era o cenário colocado. Os dados do levantamento intitulado “Saúde Mental em dados 12”²² realizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em 2015, são analisadores importantes. Assinala-se que, por questões de fidedignidade, optou-se por apresentar os dois gráficos que serão apresentados abaixo como constam no documento oficial.

Gráfico 1 - Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (dez 2002/dez 2012)

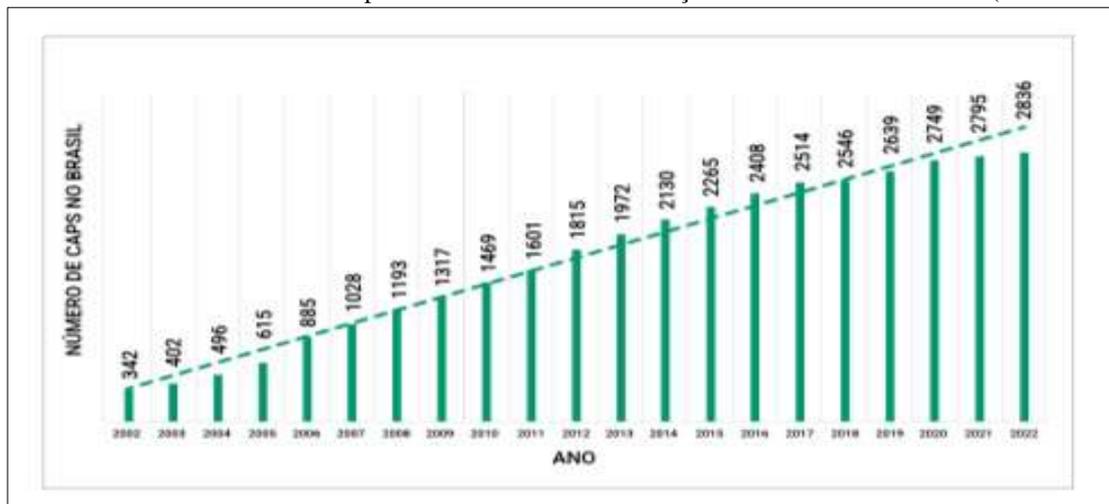


Fonte: Ministério da Saúde, 2015. “Saúde Mental em Dados 12”

O Gráfico acima demonstra a porcentagem de recursos investidos em saúde mental com serviços de atenção comunitária/territorial e com serviços hospitalares entre os anos de 2002 e 2013. Desde 2005, tem-se uma reversão dos recursos financeiros anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar, o que aponta para uma gradual superação do paradigma e modelo de cuidado hospitalocêntrico, ao passo que se expande a rede substitutiva de atenção comunitária e territorial, transformando o cenário da atenção pública em saúde mental no país.

²² Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental. Acesso: 22/04/24.

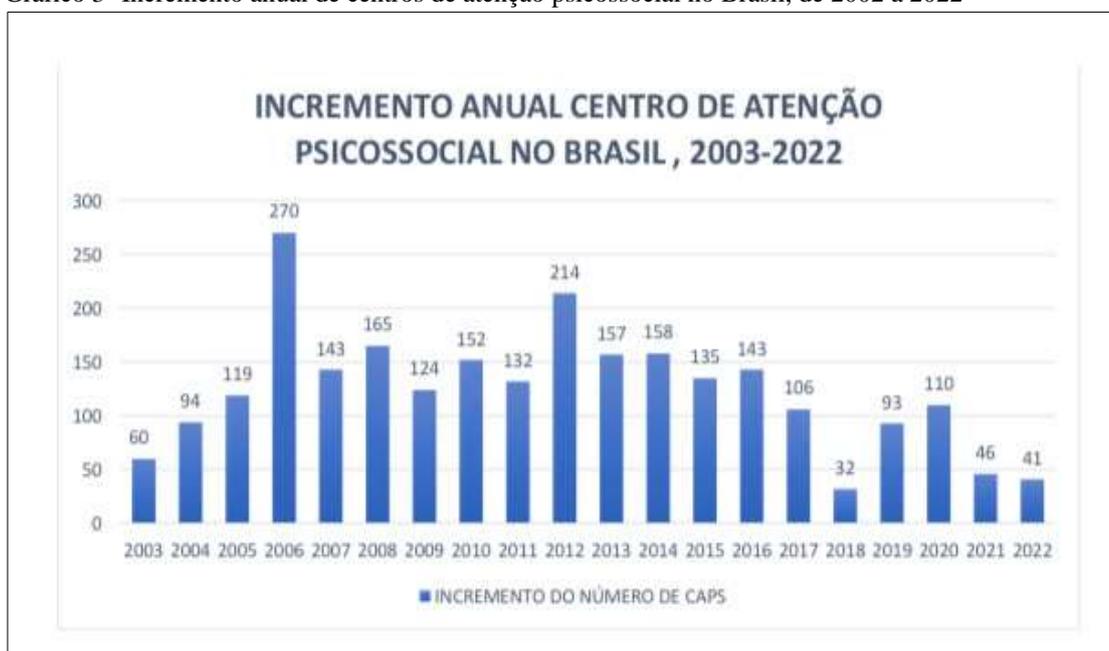
Gráfico 2-Série Histórica da expansão dos Centro de Atenção Psicossocial no Brasil (2002-2022)



Fonte: Ministério da Saúde, nov. de 2022.

Esse segundo Gráfico mostra a expressiva queda no incremento anual dos CAPS. Entre 2004 e 2015, a média anual de incremento de CAPS girava em torno de 130 novos serviços. No ano de 2016, primeiro ano da coordenação do Valencius, há um incremento que se equipara ao de 2004, já apresentando declínio expressivo. Os anos posteriores, 2017 e 2018, demonstra a continuidade na queda do ritmo de implantação, que praticamente se estagnou em 2018.

Gráfico 3- Incremento anual de centros de atenção psicossocial no Brasil, de 2002 a 2022



Fonte: o autor, com base em dados do Ministério da Saúde de nov. de 2022.

Por fim, no gráfico 3, destaca-se a estagnação no incremento anual de novos CAPS em 2018, governo Temer/Bolsonaro, com a implantação de apenas 32 novos serviços; em 2021,

com 46 serviços; e em 2022, último ano do governo Bolsonaro, com a implantação de apenas 41 serviços. Como argumentam Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), o Brasil não havia ainda atingido a cobertura necessária de serviços de base territorial, como os CAPS, apresentando uma taxa de 70% de acordo com a necessidade indicada pela OMS. Vale destacar que a efetividade de uma rede de base comunitária depende de outros fatores, como “cobertura suficiente de CAPS + cobertura de ESF acima de 90% + articulação intersetorial competente e adensada + rede de suporte para situações de crise” (p.14).

Em estudo realizado pelos autores supracitados, empregou-se o cálculo da taxa de crescimento médio anual composta para avaliar a tendência da estagnação no período de 2016 a 2019. Segundo os pesquisadores, “a taxa de crescimento médio anual composta é um número calculado para descrever o quanto o número de CAPS teria crescido por ano a cada triênio. (...) Esse cálculo permite comparar as velocidades de crescimento por cada triênio analisado” (Cruz, Gonçalves e Delgado, 2020, p.14). Os dados apontam que no triênio 2013-2015, a taxa de crescimento era de 6,3%, ao passo que caiu drasticamente para 2,2% no triênio estudado – 2016-2019.

Segundo Desviat (2016), “os objetivos mais gerais da reforma, tais como o fechamento ou a perda de hegemonia do hospital psiquiátrico e a criação de redes de serviços de atenção psicossocial na comunidade, são aceitos tanto por governos de esquerda como pelos conservadores” (p. 22). Isso fica muito nítido ao analisar a linguagem e o discurso presentes, no que tange a expansão da rede de base comunitária, nos dois documentos que serviram de base para a apresentação dos gráficos demonstrados acima²³.

Entretanto, ao analisar de forma mais profunda não apenas os documentos, mas outros critérios e dados de políticas públicas do período, vemos que se trata de projetos opostos para a Reforma Psiquiátrica no país. Como os dados demonstrados acima apontam, de 2015 a 2022 presenciamos uma série de medidas que têm colocado em risco a continuidade desse processo. Por que isso está em questão no Brasil? É uma questão local? Será que, em algum momento, fomos tomados pela percepção de “jogo ganho”, ou seja, de que, uma vez consolidado o modelo da atenção psicossocial, não haveria possibilidade de retrocessos, diminuimos nossa vigilância de um campo historicamente marcado por disputas de sentido de

²³ O “saúde mental em dados 12”, de 2015, governo Dilma, tem na coordenação de saúde mental Roberto Tykanori e o “Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil: Uma revisão histórica”, de 2022, governo Bolsonaro, tendo o psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro na coordenação nacional de saúde mental, criticado à época por sua defesa ferrenha a eletroconvulsoterapia, sendo indicado pelo então ministro da saúde, o general Eduardo Pazuello. Quirino Cordeiro era o Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas.

projetos concorrentes?

A questão que se coloca é a seguinte: qual o estatuto da RPB hoje? Em que medida as questões que estão postas para questionar sua legitimidade, efetividade e organização se afastam, ou se aproximam, da discussão do final da década de 1980? Sigamos na análise dos documentos. Abaixo segue o registro da Audiência Pública convocada pelo movimento “Fora Valencius”, ocorrida no dia 18 de dezembro de 2015, na Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ), como parte dos trabalhos da Comissão de Saúde e Trabalho em articulação com a Comissão de Direitos Humanos. Foi com as seguintes palavras na Audiência Pública foi aberta:

-Eu dirijo para o Dr.Valencius um apelo: mesmo que ele se sinta comprometido com essa política, mesmo que ele se considere em condições psicológicas, mesmo que ele se considere em condições de mobilizar todas as forças políticas vinculadas a causa no sentido de implementar a melhor política pública, é óbvio que ele não tem condições. Eu peço a ele que ele próprio, depois dessa Audiência pública, ou no transcorrer dessa Audiência pública, ele possa dizer a todos: - quero comunicar que farei contato com o ministro da saúde pedindo a minha exoneração.”
(Paulo Ramos – Deputado Estadual PT/RJ).

O então Coordenador de Saúde Mental, Valencius Wurch, também estava presente e colocou as seguintes palavras:

(...) minha presença aqui visa tentar esclarecer, discutir com vocês o caminho futuro da saúde mental.. Essa lei foi fruto de um amplo debate entre profissionais de saúde, gestores, usuários, familiares e diversos segmentos da sociedade civil organizada. Muitas foram as mudanças, e é claro que nem todas alcançaram seus objetivos. (...) O ministério da Saúde tem como norte a contínua melhora do modelo hoje existente e acredita na participação de todos vocês nessa tarefa, sem vocês ninguém vai melhorar nada.Quero reiterar aqui meu compromisso com a lei 10216 e com o processo de qualificação e aperfeiçoamento da RAPS, esse é o meu compromisso aprimorar, qualificar e ampliar.

O professor Benilton Bezerra Júnior, do IMS/UERJ, pesquisador e estudioso da RPB, falando pelo movimento da Reforma, se somou ao coro dizendo:

O que nós estamos discutindo aqui é o futuro de uma das políticas públicas mais bem sucedidas nos últimos 30 anos: a política de saúde mental que tem o reconhecimento internacional há algumas décadas. Poucas políticas brasileiras foram tão bem-sucedidas como a Reforma Psiquiátrica que hoje se tornou política pública. (...) O que nós não podemos aceitar é que uma coisa tão importante como a política de saúde mental seja conduzida por alguém escolhido à revelia de todo o movimento, de toda a população assistida, de todos os profissionais que trabalham, de todas as pessoas da Universidade que dão suporte e ajudam junto.

A professora Paula Cerqueira afirma que “ ... o que está em jogo aqui é a discussão de uma política de estado das mais exitosas do Brasil. O SUS e a RPB, desde a década de 1980,

não há nenhuma descontinuidade na sua política, que é uma política de estado”. E, de forma estratégica, diz:

Por que eu vou trazer as questões técnicas aqui? Por que o ministro da saúde, o sr. Marcelo Castro, desde que indicou o sr. Valencius a coordenação vem afirmando em público que as acusações ao sr. Valencius são infundadas e que não há competência científica nessa discussão. Então é justamente nesse pequeno espaço de tempo que eu quero trazer pra vocês alguns dados, que não são dados de alguém que pensa sobre isso. São dados científicos.

Importante resgatar, também, a fala intensa e vívida de um dos usuários que estavam presentes na ocasião, Milton Freire, que diz:

Eu gostaria de perguntar sobre essa enrolação de cientificismo, de suposta neutralidade científica e um cientificismo positivista que assegura a tradição manicomial, através de uma visão organicista, excludente e que nos botava fora do mundo. Eu passei dez anos de internação e reinternações, entre essas, a casa de saúde dr. Eiras e sei muito bem do que estou falando. Então, será que essa tradição psicossocial que nós estamos afirmando aqui também não é científica? Será que só a visão positivista que é científica. E a visão fenomenológica? As visões que eu tive, as forças que me ajudaram, as visões que me salvaram que a doutora Nise confirmou como alguma coisa que poderia ser possível de recuperação. Eu gostaria de perguntar aos senhores se vocês crêm nessa recuperação do homem? (...) todos os homens estão imersos em fatores irracionais, em guerras, em lutas em injustiça social. Portanto, eu acho que a humanidade é louca, não somos só nós que somos loucos não. E nós precisamos atinar não só pra nossa loucura, mas a loucura do mundo, a loucura dos homens.

Apesar de todo clamor e circulação intensa dos afetos e emoções, a Audiência terminou, não houve renúncia, e Valencius seguiu no cargo até o dia 09 de maio de 2016, após a saída do Ministro da Saúde Marcelo Castro do Ministério da Saúde.

No ano de 2017, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) lançou três Notas Públicas com relação a PNSM. A primeira delas, (OF. 068/17/ABP/SEC), do dia 25 de abril de 2017, lançada junto ao CFM, é endereçada ao Ministro do Desenvolvimento Social, Osmar Terra; ao Ministro da Saúde, Ricardo Barros; aos governadores e a todos os gestores. Apresento trecho da Nota OF. 068/17/ABP/SEC em que os autores, tomando a Lei 10.216/2001 como referência, registra o seguinte, os destaques em negrito são nossos:

- “A defesa pelo direito ao acesso ao **melhor tratamento de saúde**”;
- “o direito das pessoas de serem tratadas nos **serviços comunitários**, preferencialmente, mas **não obrigatoriamente**”;
- “a **internação psiquiátrica** pode ser indicada quando os **recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**”;
- “o **direito** do paciente à **presença de um médico** em qualquer tipo de hospitalização”;
- Criticam a configuração dos serviços que funcionam 24h, no qual afirmam haver “falta de

recurso humano adequado” e que utilizam “o termo acolhimento para fugir do termo internação, pondo em **risco a segurança dos pacientes e a eficácia do tratamento**”.

Concluem: “a **Lei 10.216/01** não faz nenhuma referência à proibição de internações psiquiátricas e **não preconiza o fechamento de hospitais psiquiátricos especializados**”. O que podemos observar é que de fato a Lei 10.2016 não determina a extinção dos hospitais psiquiátricos especializados no SUS e não proíbe as internações psiquiátricas. Mas, orienta a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos no SUS condicionada à implantação de serviços substitutivos, porque reorienta o modelo de atenção; estabelece critérios para a internação; e integra a possibilidade do acolhimento em CAPS 24h.

Ao que parece, e seria realmente necessário aprofundar o debate para entender a proposta técnica que se quer colocar em discussão, ressalta-se a internação – e a internação em hospital psiquiátrico –, pressupondo que o termo acolhimento é um mero artifício de linguagem, e não dispositivo técnico e estratégia de cuidado, como questão central. Sob que tipo de estudo estatístico, campo, fundamentação teórica e evidência científica estão trabalhando? Qual foi a pesquisa ou a avaliação realizada nos CAPS 24h para concluir que colocam em “risco a segurança dos pacientes e a eficácia do tratamento”?

A Nota segue falando em “distorções da Lei” empreendida pelo movimento da luta antimanicomial e acusa que o seu descumprimento “vem negando o direito dos cidadãos a um tratamento pleno e integral em Saúde Mental pelas várias Portarias Ministeriais que suprimiram vários direitos e garantias”. Diz ainda: “... a distorção da Lei 10.216/01 pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde promoveu nos últimos 30 anos, através da Política Nacional de Saúde Mental, o fechamento sistemático de mais de 90.000 leitos psiquiátricos”.

Ao descrever a RAPS atual, reforça que a rede está “funcionando de maneira precária, irregular e ilegal; não obedecendo a Lei Federal 10.216/01, nem a Resolução 2.057/2013 do Conselho Federal de Medicina CFM ” e segue considerando que “a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) preconiza 01 Leito Psiquiátrico para cada 1.000 habitantes, que o próprio Ministério da Saúde preconiza 0,45 Leitos Psiquiátricos para cada 1.000 habitantes e que os Leitos Psiquiátricos existentes no país estão muito abaixo destes patamares”. Para concluir que “os leitos psiquiátricos existentes no país estão muito abaixo destes patamares.” Afirmam, ainda, que “suicídios completos poderiam ser prevenidos com tratamento adequado”. Considerando que o suicídio é um grave problema para a saúde pública no mundo, e não só no Brasil, caberia entender melhor o que seria o “tratamento adequado” a que a nota faz

referência.

Na segunda nota do ano, publicada no dia 11 de dezembro de 2017 em forma de “Carta Aberta à População”, dessa vez falando por si só, a ABP reitera que “A Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), instituição que representa mais de 9.000 psiquiatras brasileiros, há tempos vem demonstrando preocupação com a condução da Política Nacional de Saúde ao longo dos últimos anos”.

Em terceira nota, intitulada “Assistência Psiquiátrica no Brasil”, do dia 20 de dezembro de 2017, de autoria da ABP em parceria com o CFM, é manifestada “a preocupação com a situação relatada pelo atual coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro Júnior, sobre a condução de ações desta área no país”. A nota sublinha que o Sistema de Saúde Mental gerido pelo SUS “está fragilizado, é ineficiente, de difícil acesso e até mesmo perigoso para o tratamento dos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos” e reafirma “a insipiência das RAPS em relação a proporcionar minimamente o acesso e tratamento necessários aos numerosos portadores de transtornos mentais e dependentes químicos”. E finaliza reiterando o compromisso com a boa e ética execução de políticas públicas de saúde, em especial na área psiquiátrica, as quais devem ser “baseadas em evidências científicas”; “respeito ao direito dos pacientes e de seus familiares pelo acesso ao melhor tratamento”, “obediência aos Direitos Humanos”; “monitoramento constante de resultados e comprometimento dos gestores com a aplicação responsável dos recursos públicos” e indica que o “tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais tenha, como eixo principal, os Ambulatórios Especializados, com atendimentos multiprofissionais, realizados por pessoal habilitado e capacitados”, pois “tem a melhor relação de eficiência, resultados e de custo-benefício infinitamente melhor do que o sistema existente hoje no Brasil, que despreza este tipo de tratamento”.

Em ensaio publicado na página online da Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, intitulado “Interesses privados na saúde mental: contradições que perseguem a efetividade da Política de Saúde Mental no Brasil”, de autoria da jornalista Ana Paula Evangelista, no dia 23 de novembro de 2017, alguns atores importantes no cenário da Reforma do Brasil trazem colocações que cabe resgatarmos a fim de apresentar outros pontos de vista acerca do que as notas da ABP e CFM apontam como “a fragilidade e insipiência da RAPS”.

Em linhas gerais, o ensaio parte da premissa de que “a PNSM está consolidada, porém estagnada” e recorre a dois fatores como possíveis causas para esse fenômeno peculiar: o

investimento insuficiente em serviços de atenção psicossocial, de um lado, e a expansão de iniciativas como as comunidades terapêuticas os leitos em hospitais psiquiátricos, de outro. Para fundamentar tal argumentação, recorre-se a Paulo Amarante, pesquisador e membro do Grupo de Trabalho da Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o qual coloca que não houve real investimento do Estado “na construção de uma rede substitutiva, nem na parte específica de serviços. Contraditoriamente, duas áreas fundamentais de mudança do modelo assistencial no Brasil, que são a atenção psicossocial e a saúde da família, estão precarizadas em vários aspectos”.

Amarante (2017) admite, ainda, que a Reforma Psiquiátrica passa por algumas dificuldades. Entre essas, pontua a carência de CAPS, principalmente o CAPS III (voltados para atenção à crise de pacientes com quadros de sofrimento psíquico grave e persistente ou, no caso do CAPS AD III, voltados para sujeitos em uso de substâncias psicoativas). Em suas palavras: “com o processo de fechamento gradativo dos manicômios que se iniciou com a Reforma Psiquiátrica, a lógica seria investir primeiramente no CAPS III, porém foi priorizada a criação de CAPS I”.

Como contraponto a essa perspectiva, o ensaio traz a visão do Ministério da Saúde apontando que o cenário é “de investimento na área”, ou seja, de investimento na rede substitutiva. Para justificar tal afirmação, é pontuado o dado de crescimento de 836% (2.466) na quantidade dos CAPS no país desde 2001, quando havia apenas 295. Além disso, a RAPS conta com 35 unidades de acolhimento de adultos no país e 22 infantis e 495 residências terapêuticas. Seriam os dados reveladores da ampliação e consolidação da RAPS sem nenhuma descontinuidade? Roberto Tykanori (2017), psiquiatra e ex-coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, no mesmo ensaio, ao se referir aos dados levantados pelo Ministério da Saúde diz que “esses números são muito tímidos”.

Para ele, houve uma descontinuidade na RAPS a partir do ano de 2016, ao que explica recorrendo à noção de “um desmonte, literalmente, da máquina pública”. Somando-se ao discurso defendido por Tykanori, Rosana Onocko Campos, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e membro do Grupo Temático de Saúde Mental da ABRASCO, também reitera “o cenário de congelamento dos investimentos na saúde mental”. Segundo ela: “apesar da comprovação da importância desses centros (CAPS), sabemos que há milhares de cidades no Brasil que não têm cobertura. Isso se deve ao fato de os recursos estarem sendo transferidos para as comunidades terapêuticas”. Seria apenas o investimento nas Comunidades

Terapêuticas²⁴ suficiente para explicar essa defasagem? Que outras variáveis podemos colocar em cena para ampliar o nosso escopo de análise e nos colocar em melhores condições de posicionamento frente ao estatuto da RPB hoje?

Por outro lado, um ponto que a terceira nota da ABP e CFM aponta e que demanda atenção no presente debate é a questão da necessidade ou não da expansão de leitos de saúde mental, discussão que ganhou mais força a partir do levantamento feito pelo Ministério da Saúde (MS) e apresentado pela Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 31 de agosto; e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 14 de setembro, que evidencia “problemas como subnotificação, em gestão de recursos destinados a obras e baixa ocupação de leitos”. Os dados apresentados apontam que a taxa de ocupação dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais é inferior a 15%. Na avaliação do MS, a taxa de ocupação deveria ser de 80%.

Como resposta à terceira nota da ABP e do CFM e, em alguma medida, à Coordenação de Saúde Mental e ao MS, o Ministério Público Federal (MPF) publicou também uma nota, por meio da qual afirma que “a divulgação da taxa de ocupação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, por si só, sem investigação de sua causa, não traz o caminho da solução”. Contudo, delimita como uma possível causa desse cenário a falha no encaminhamento ao hospital geral, devido à ausência de centrais de regulação do acesso de modo equitativo entre todas as regiões de saúde. Por sua vez, finaliza afirmando, “de mais a mais, a diminuição das internações em leitos de saúde mental [em hospitais gerais] é desejável, pois é dado indicativo do respeito ao direito do paciente de manter sua vida livre e autônoma”.

As notas da ABP e CFM criaram contexto propício para aquilo que seria o pontapé inicial para a proposição “Nova Política de Saúde Mental” através da resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14/12/2017, que propõe “novas diretrizes para o funcionamento da RAPS”. “Ela veio reformular o desenho, o financiamento, a metodologia de avaliação dos serviços e a própria orientação clínica da RAPS” (Cruz, Gonçalves e Delgado,

²⁴ As Comunidades Terapêuticas passaram a receber recursos da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), subordinada ao Ministério da Justiça, especialmente a partir de 2015 como parte da Política de Combate às Drogas. A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde editou, em outubro de 2016, a Portaria 1.482, que determina a inclusão dessas entidades no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A portaria surgiu dois meses após a Justiça acatar pedido do Ministério Público Federal e suspender os efeitos de uma resolução do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) que regulamentava o funcionamento das comunidades terapêuticas.

Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/interesses-privados-na-saude-mental>. Acesso em: 22/04/2024.

2020, p. 6). A categoria “Nova Política de Saúde Mental” foi acionada durante todo esse período, de 2017 até 2022, no último documento acerca da saúde mental lançado pelo governo Bolsonaro e analisado aqui.

Compondo esse debate, uma semana depois da divulgação da Resolução 32 da CIT, tem-se a formalização da “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, publicada por meio da Portaria Ministerial 3.588 de 21 de dezembro de 2017, aprovada de modo unilateral sem discussão com a população mais ampla e com os atores que atuam no campo e sem aprovação do Conselho Nacional de Saúde. A Portaria caminha na direção contrária à experiência bem sucedida de diminuição de leitos e de atenção psicossocial descentralizada, na medida em que autoriza a ampliação de leitos para enfermarias em hospitais gerais para até 60 leitos e desconsidera a eficácia científica das ações orientadas pela lógica da redução por meio dos dispositivos Consultório na Rua, UA e CAPSad III, propondo uma sobreposição de ações e gastos públicos ao propor a criação de um novo dispositivo, o CAPSad IV (ABRASME, 2017).

De acordo com o Art. 7º, § 4º, cap. VII, o “CAPS AD IV” deve se destinar ao atendimento de pessoas com “quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”. Sua implantação deve ser planejada “junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de Estado”, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Além disso, tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

Junto com Cruz, Gonçalves e Delgado (2020, p. 8) afirma-se que a categoria “CAPSad IV” acionada nos documentos em questão “desvirtua a lógica de cuidado dos demais CAPS ao se apresentar como um serviço capaz de prestar ‘assistência a urgências e emergências’, em detrimento da atenção à crise pautada no vínculo terapêutico”, premissa fundamental da RAPS até o momento. Ademais, “apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem ‘enfermarias’ (e não “acolhimento noturno”, como nos CAPS III) de até 30 leitos!”. Ou seja, “trata-se de uma estrutura vocacionada para internações contra a vontade, implantada nas cenas de uso: por que designar tal dispositivo como “centro de atenção psicossocial”, se ele é o oposto do paradigma psicossocial?”.

Por sua vez, a proposta da “Nova política de Álcool e outras Drogas”, aprovada pela Portaria Ministerial 679, de 20 de março de 2018, é centrada na abstinência e na internação de médio prazo de usuários nas chamadas comunidades terapêuticas. De acordo com Nota da

Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), a nova política contraria as experiências internacionais mais exitosas do campo e as últimas recomendações de agências internacionais, como a OMS e Nações Unidas (ONU), bem como as diretrizes da Lei 10.216 - Lei da Reforma Psiquiátrica -, além da política de Estado de saúde mental e drogas consolidada em quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987, 1992, 2001 e 2010).

A partir do texto intitulado “Crônicas da Resistência”, publicado pela ABRASME em Boletim de janeiro do ano corrente, Leonardo Pinho, vice-presidente da instituição à época, nomeia a vitória da ABP e da Federação das Comunidades Terapêuticas, em aliança com o Ministro da Saúde e a Coordenação Nacional de Saúde Mental na votação da CIT no dia 14 de dezembro de 2017, como “vitória da vergonha” ao afirmar que “as mudanças propostas vão no sentido de desconfigurar a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas”.

Leonardo Pinho chama de “guerra de narrativas” (*infowar*) toda essa disputa e afirma que a vitória “só foi possível virando as costas para os mais de 2000 trabalhadores, usuários e familiares presentes nos 30 Anos da Carta de Bauru.” Segundo ele, “o Ministério da Saúde, em sua narrativa, jura que suas ações são voltadas ao fortalecimento da RAPS.” Valencius Wurch, em seu discurso na audiência pública ocorrida na ALERJ no dia 18 de dezembro de 2015, também reitera a importância da Lei Federal 10.216/01: “a política nacional de saúde mental, regida pela lei 10216 do ano de 2001, trouxe, indiscutivelmente, a melhora e humanização da assistência aos portadores de transtornos mentais. Isso é indiscutível”.

Tem-se, ainda, a Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no âmbito do SUS, aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em agosto de 2018. A esse respeito, foi publicada nota ABRASCO, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz, em 27 de julho de 2017, após a aprovação da minuta da PNAB, que vale ser revisitada frente a essa arena que estamos tentando reconstruir.

A nota inicia afirmando que “causa imensa preocupação a proposição de uma reformulação da PNAB num momento de ataque aos direitos sociais estabelecidos na Constituição Federal de 1988” e que “a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica proposta pelo Ministério da Saúde revoga a prioridade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do SUS”.

Ao analisarmos os dados do orçamento da “Nova PNSM” na ocasião, a realidade que se apresentava era a seguinte: aos hospitais psiquiátricos foram anunciados 60 milhões de

reais e para as residências terapêuticas 50 milhões; as comunidades terapêuticas receberam 100 milhões (só do Ministério da Saúde) e para toda a RAPS apenas 70 milhões; para os “novos dispositivos” (ambulatórios e CAPSad IV nas “cenas de uso”), incluídos na RAPS na última portaria, 33 milhões. Ou seja, qual era a prioridade do Ministério naquele momento?

O texto intitulado “Acabou²⁵”, publicado no dia 14 de dezembro de 2017, assinado pelo Coordenador Nacional de Saúde Mental à época, Quirino Cordeiro, e o então presidente da ABP, Antônio Geraldo, define os 30 anos da política pública de saúde mental como quem “desfocou o atendimento e gerou a desassistência na área da saúde mental” ao falar da aprovação “sem intercorrências” e após “um trabalho hercúleo” as “novas diretrizes para a política” que, segundo eles, tem como objetivo: “beneficiar nossos pacientes”, “psiquiatra 24h”, “leitos qualificados” e “comunidade terapêutica médica e não médica”. Em resumo, o texto é uma celebração pública, afinal, nas palavras deles: “vencemos a batalha”. Frente ao posicionamento fica a questão: como entender esse tipo de posicionamento? Em que bases metodológicas e científicas os argumentos são construídos? Qual desejo que esse texto enseja?

No mesmo caminho, o texto publicado no dia 24 de dezembro de 2017, assinado por Ronaldo Laranjeira, psiquiatra, Coordenador do Programa Recomeço e professor da Universidade Federal de São Paulo, que intitula e anuncia como “A segunda Reforma Psiquiátrica”, defende a “nova política” como “um avanço e não um retrocesso”, pois “ela corrige uma distorção criada nos últimos 16 anos”. Para Ronaldo, ninguém quer essa triste realidade de volta - os manicômios que segregam os doentes mentais da sociedade sem tratá-los e os punha em condições muitas vezes sub-humanas”, contudo, continua “ao determinar o fechamento indiscriminado de leitos psiquiátricos na rede pública, criou-se um vazio assistencial, uma lacuna”.

Dessa forma, segundo ele, “reduziu-se drasticamente a assistência especializada aos doentes mentais em surto, que põem em risco suas vidas e de terceiros, bem como aos quadros mais graves e agudos”. Em linhas gerais, o texto é voltado para o Programa “Recomeço” e seus “convênios com clínicas psiquiátricas e comunidades terapêuticas”. Para Ronaldo, “**não se trata de negar a Reforma Psiquiátrica, mas de promover uma segunda reforma, complementando a anterior**”, já que “está mais do que na hora de a saúde mental ser tratada no Brasil sem ranços ideológicos” sendo “resolutiva e mais eficaz”.

²⁵ Disponível em: <http://www.uniad.org.br/interatividade/noticias/item/25575-acabou>. Acesso: 22 de abril de 2024.

Toma-se como “ranços ideológicos” uma ciência posicionada, localizada, e defende-se a falácia de uma ciência neutra, positivista e supostamente sem interesses, como se isso fosse possível. Os dados apresentados até então fazem lembrar uma marca da reforma no Brasil, sobretudo no Rio de Janeiro, que diz respeito à chamada “indústria da loucura”. Marcus Vinícius de Oliveira (2013), lembra-nos de que a ditadura militar, com sua guinada desenvolvimentista, e o pressuposto de que era preciso fortalecer a presença do capital privado nos diversos setores da vida social não poupou os negócios da saúde desse jogo lucrativo.

Apenas em 1980 há uma inflexão nesse quadro, com a primeira falência da previdência, em que se institui o Conselho Nacional da Previdência Social (CONASP), que gera o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica (PRAP), sendo esse o primeiro momento em que “o Estado brasileiro é obrigado a fazer uma reflexão sobre a deformação que ele próprio produziu na área da saúde mental”. Contexto esse que fortalece a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica (Oliveira, 2013).

Destaca-se como um documento importante na composição deste cenário o debate público ocorrido no dia 21 de junho de 2017 na Câmara de Vereadores do Rio de Janeiro por iniciativa do Vereador Felipe Michel (PSDB), que convocou a Frente Parlamentar da Saúde Mental para discutir a Saúde Mental no Brasil. Na ocasião, havia a presença do presidente da Associação de Psiquiatria da América Latina, a presidente da ABP na época, Carmita Abdo; do presidente da Associação Brasileira de Déficit de Atenção - Iani Keschman; do presidente da Associação de Usuários – Marival Zeferino da Costa; do pastor – José Valandro de Oliveira Júnior; do atual Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS), Quirino Cordeiro; e do Superintendente de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Hugo Marques Fagundes Junior.

Eu estava presente na ocasião, ainda na condição de residente multiprofissional em saúde mental do IPUB/UFRJ. A sensação que senti ao estar pessoalmente nessa arena na Câmara foi a de que “ainda somos os mesmos e vivemos como os nossos pais”, ou seja, em muitos aspectos, os atores, por meio de seus locus, e os discursos que os engendram muito se assemelha com a realidade dos anos 1980 e com o início do processo da Reforma no país.

Os fios que ligam diferentes tempos e espaços seguem se encontrando e conformando o que chamo de passado-presente-futuro. Após o governo Temer - entre os anos de 2018 e 2022 - já no governo Bolsonaro, vemos uma continuidade da aposta na “Nova Política de

Saúde Mental”, por meio da “segunda reforma psiquiátrica”. Como demonstram Hernandez e Fernandes²⁶ (2020), seguindo um *modus operandis* de seu governo por meio de informações “vazadas” nas redes sociais e mídias digitais, sua forma de fazer política, ficamos sabendo de mudanças nas propostas para a PNSM a partir do “vazamento”, em 07 de dezembro de 2020, quando o Jornal Folha de S. Paulo publicou “dados obtidos por meio de uma planilha elaborada pelo Grupo Técnico do Ministério da Saúde” e que “abordavam as principais propostas a serem apresentadas ao Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS)”.

Como destaques, o texto fala de “pontos (des)estruturantes” da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM): “a revogação de mecanismos de fiscalização de hospitais psiquiátricos e extinção das equipes que apoiam a transferência das pessoas que hoje residem nesses equipamentos para as famílias de origem ou equipamentos de assistência social”; “a extinção do atendimento psiquiátrico nos CAPS, dos serviços de atendimento à saúde da população em situação de rua, e do controle sobre as internações involuntárias de pessoas com dependência química que, atualmente, demanda comunicação ao Ministério Público”; “a revogação do Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes e das diretrizes sobre saúde mental indígena, transferência da responsabilidade da política sobre drogas para o Ministério da Cidadania”; e a “criação de serviços específicos para pessoas com diagnóstico de dependência química e outros transtornos psiquiátricos”.

Seguindo a direção de tais propostas, no dia 22 de março de 2022, é lançada a Portaria Ministerial nº 596 que susta o Programa de Incentivo Financeiro de Custeio Mensal para o Programa de Desins, dias depois do lançamento do Edital de chamamento público nº 03, de 01 de março de 2022, com fins de ampliação do financiamento público para instituições asilares.

O documento citado anteriormente, “Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil: Uma revisão histórica²⁷”, divulgado em novembro de 2022, consolida as informações desse período do projeto para a “Nova PNSM”. O documento tem 159 páginas e está vinculado ao Ministério da Cidadania, a partir da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas e da Secretaria Especial de Desenvolvimento Social. Chama atenção, entretanto, a ausência da vinculação ao Ministério da Saúde.

Como autor do documento, com “conteúdo e texto original”, está o médico Frederico

²⁶ Disponível em: <https://anesp.org.br/todas-as-noticias/desmonte-politica-saude-mental>, Acesso em: 22/04/2024.

²⁷ Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/noticias-e-conteudos/publicacoes-1/desenvolvimento-social/copy4_of_AvanoseInovaesnasPoliticadeSaudeMentalAlcooldeDrogasnoBrasilConflitodecodificaoUnicode1.pdf. Acesso em: 22/04/24.

Garcia, atual professor associado no Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Frederico é professor que coordena o projeto “*Calixcoca - Vacina terapêutica para o tratamento da dependência em cocaína e crack*”, que busca aprovar uma “vacina anticocaína”. Tal projeto ganhou o “Prêmio Euro Inovação na Saúde²⁸”, de 500 mil euros, em outubro de 2023, sendo considerado como um dos “projetos mais inovadores escolhidos por médicos da América Latina” naquele ano.

O documento diz, em sua página 12, que “como ocorrido no passado, a construção da chamada ‘Nova Política Nacional de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas’ deu-se num processo de discussão ampla, democrática e de pactuação com a sociedade e os diferentes entes federativos”. Em seguida, deixa dito o objetivo de “assegurar um registro do processo de construção, implementação e avaliação dos resultados preliminares da Nova Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Drogas”.

Na seção destinada a apresentar o que chama de “Legado” da “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (pg. 46), afirma-se que

a “Nova Política Nacional de Saúde Mental” teve como principal objetivo expandir a RAPS e ampliar a sua capilaridade, incluindo novos equipamentos, tais como as equipes multidisciplinares em Ambulatórios Especializados, o CAPS IV AD, os leitos em Hospitais Psiquiátricos Especializados. Além disso, facilitou a atuação de entidades filantrópicas altamente capilarizadas como os Grupos de Mútua-Ajuda e as Comunidades Terapêuticas.

Como sem recurso financeiro não há política pública, o documento registra que foi empenhado “mais de 1,8 bilhões em 2022 para a saúde mental, uma diferença de quase 0,6 bilhões em relação a 2016 (Portal Transparência Brasil)”. Qual foi a destinação deste recurso? Qual parte foi destinada aos serviços de base territorial e de fato alinhada com a atenção psicossocial, como os CAPS previstos desde a Lei 10.216 de 2001?

Numa contagem simples, utilizando o mecanismo de busca de palavras do próprio PDF, algumas palavras chamam atenção por sua repetição no documento. Primeiro, destaca-se a palavra “nova”, em oposição à “antiga” PNSM. A palavra “nova” e suas derivações, como “inovação”, “inovar”, “inovador”, aparecem mais de 141 vezes. A defesa é a de que se está propondo um novo projeto de saúde para as “pessoas com transtorno mental no país”. Por sua vez, as palavras “dependente/dependência química” aparecem 128 vezes. Ao passo que

²⁸Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/saude-e-bem-viver/2023/10/19/interna_bem_viver,1579111/vacina-para-vicio-em-cocaina-feita-na-ufmg-vence-premio-latino-americano.shtml. Acesso em 22/04/24.

“comunidade(s) terapêuticas” 69 vezes, “abstinência” (11 vezes) vinculado a “grupos de ajuda mútua”, “12 passos”, “Alcoólicos Anônimos” e “Narcóticos Anônimos”. “Acolhimento” aparece 37 vezes, sendo que a grande maioria está atrelado ao nome de algum serviço de saúde; “redução de danos”, uma única vez, para se referir ao passado; e não há aparição das palavras “manicômio/manicomial”. Quando que “hospital/hospitalização” tem 96 aparições e “internação”, 22.

A todo o tempo há o uso de palavras como “internacional” (47 vezes), “eficácia”, “resolutividade” e “eficiência” para caracterizar a “nova” política que é anunciada como fruto do mapeamento de “irregularidades” nas gestões anteriores. Ou seja, é a mesma produção discursiva que presenciamos quando das eleições presidenciais de 2018: “vamos varrer a corrupção do Brasil”, “acabou a mamata”. A promessa aqui é varrer a corrupção, as irregularidades e “os ranços ideológicos” da política de saúde mental, já que a defesa é a de que, “diversos cursos custeados pelo Ministério da Saúde apresentavam baixíssimo conteúdo técnico-científico e alto teor de doutrinação político-ideológica” (Brasil, 2022, p. 32).

Outro destaque é para o uso de palavras-chaves dos movimento sociais, da luta antimanicomial, como “direitos humanos” (15 vezes) e “amplos debates”, “diálogo”, “conscientização” e “direitos” e a “proteção das pessoas acometidas por um transtorno mental”. Na página 118, há a informação de que o curso “O Papel das Comunidades Terapêuticas na Garantia dos Direitos Humanos” já foi realizado por mais de 1500 pessoas, ao passo que o curso gratuito para “Capacitação de Monitores e Profissionais das Comunidades Terapêuticas” já “formou mais de 2 mil profissionais em todo o Brasil” (Brasil, 2022, p. 118).

O documento também relata a cerimônia de “lançamento da Nova Política Nacional de Saúde Mental”, ocorrida em 21 de dezembro de 2017. Na mesa de lançamento da “Nova Política”, estavam presentes o Ministro Ricardo Barros, o Secretário de Atenção à Saúde, Francisco de Assis Figueiredo, o Presidente da Associação Psiquiátrica Brasileira, Antônio Geraldo da Silva, o Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Quirino Cordeiro Junior, e Sandra Peu representando as associações estaduais de psiquiatria e saúde mental e Mirian Gorender representando “as entidades representativas de pacientes e familiares”.

Destaca-se a articulação com diversos setores, incluindo “as entidades representativas de pacientes e familiares”. No dia 27 de novembro de 2018, foi lançada a “Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica”, composta por 203 deputados e 4 senadores, sendo presidida pelo deputado federal Roberto de Lucena e tendo o deputado Ricardo Barros, ex-Ministro da Saúde, como

vice-presidente. O objetivo dessa Frente é a “promoção de amplos debates, diálogos e conscientização sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas por um transtorno mental”. Durante a mesa de lançamento da Frente, Quirino Cordeiro faz uma fala pela defesa de que o que motivou a “nova política de saúde mental não foi questão ideológica, não foi blá, blá, blá, não foi conversa fiada. O que a gente faz a partir de agora é ter uma política séria baseada na gestão dos recursos públicos com respeito e probidade com o gasto público”, segundo ele “a gente sabe onde é que está o dinheiro da saúde mental no país.” (Brasil, 2022, p.39).

Rossano Lima (2019) emprega o termo “contrarreforma psiquiátrica” para se referir a essa conjuntura, a esse cenário gestado pelos documentos que transitaram aqui no texto e entre os anos de 2015 a 2022. Um de desmonte que se acelerou e foi aprofundado pelo golpe contra a presidenta Dilma Rousseff, em 2016, e a aprovação da “PEC do fim do mundo”, a Emenda Constitucional 95. Como o percurso feito nas páginas anteriores dá a ver, os documentos marcam a trajetória da RPB e da construção da PNSM. Sem um arcabouço jurídico, legal e político, a reforma existiria como política de Estado, e não de governo. Percebemos o quanto os documentos fizeram, e ainda fazem, parte de uma intensa disputa de sentido.

Exemplo disso são os (ab)usos feitos da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, a Lei 10.216/2001, que sempre foi acionada como uma importante conquista pelo movimento da luta antimanicomial nacional, mas que, como vimos nas cartas do CFM e da ABP, bem como nas portarias, resoluções e documentos afins, também pode ser acionada como ponto de base e argumento para legitimar um giro manicomial, hospitalocêntrico e biomedicalizante para o cuidado em saúde mental.

Todos os documentos analisados neste texto, sejam os documentos textuais, sejam os documentos audiovisuais analisados, como os vídeos das audiências públicas, bem como todos os atores das cenas, ainda que antagonicamente posicionados em diferentes lugares do discurso, acionaram, em algum momento, a Lei 10.216/01. O ponto de partida comum, o lugar onde os atores se encontram nessa arena política foi o: “considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Embora saibamos que por mais que o “ponto de partida seja o mesmo”, os pontos de chegada são diametralmente opostos.

Assim como as categorias-chaves servem de base para o projeto da atenção psicossocial, apropriaram-se de nossas armas e ferramentas como instrumentos de guerra

contra nós. Como se afetar diante desse cenário? A dimensão dos afetos inunda o contato, circulação e trânsito dos documentos pelo campo, é a partir desses afetos que se dá as disputas, golpes, contragolpes, resistências e tentativas de agenciamento de respostas possíveis, de ambos os lados.

Raiva, indignação, medo, incerteza, euforia, frustração, tristeza, alegria. Uma montanha russa de afetos e emoções marcam o trânsito e a vida social desses documentos nos encontros e desencontros com as pessoas. Raiva, indignação e euforia pelos “absurdos”, pelos “retrocessos”, pelos “desmontes”; medo pelas “ameaças” que representam, pela “destruição” que anunciam; incerteza pela “instabilidade” que provocam nas pessoas e nos fluxos, seja das práticas, seja dos acessos e barreiras a benefícios para as pessoas ou recursos para os serviços, por exemplo. No fim, enquanto alguns saem tristes e se sentindo derrotados, outros saem felizes e com a sensação de vitória.

Foi assim no final da audiência pública de dezembro de 2015 quando Valencius não renunciou; foi assim quando no dia 17 de abril de 2016 a sessão do Plenário da Câmara autorizou a abertura do processo de golpe contra a presidenta Dilma por 367 votos a favor, 137 votos contra e 7 abstenções; foi assim quando da celebração da aprovação da Resolução 32 na Comissão Intergestores Tripartite pelo Quirino Cordeiro (era coordenador nacional de saúde mental) e pelo Antonio Geraldo (era presidente da ABP) pelo texto “Acabou” que celebrava a “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (legitimada pela Portaria 3588/17) que anunciaria a “segunda reforma psiquiátrica”, como nomeia Ronaldo Laranjeiras. Quem tem podido comemorar, se alegrar e sentir o gosto de vida? Quem tem chorado as constantes derrotas e sentido o gosto amargo da tristeza e da morte?

Enfim, em alguma medida, nessa arena política, os mesmos documentos que performam o fazer da Reforma, podem performar o seu desfazer. A performatividade dos documentos na forma de gerir a política, de (des)fazer a Reforma também apareceu nos movimentos de promulgar e revogar portarias, emendas e resoluções, ou seja, pela positivação ou negativação, um documento é capaz de fazer um mundo, e de destruir outro. O tema da “abstinência” ou da “redução de danos” na condução do cuidado da clínica Ad é um bom analisador dessa questão. Não por acaso, todos os documentos do período entre 2016 e 2022 não inscreveram a redução de danos como diretriz da política pública nacional.

Claro que isso não implica em dizer que alguns profissionais da ponta não seguiram apostando nessa direção ética para o cuidado em saúde mental, porém, essa é outra discussão e que merece maior aprofundamento. Mas, a escrita e materialidade do documento fazem

diferença no sentido de (des)fazer e (des)legitimar certas práticas e empurrar outras para a zona da informalidade, do não oficial, do ilegal.

A “Carta de Bauru”, de dezembro de 2017, produzida após o encontro na cidade para celebrar os 30 anos do 1º Encontro de Bauru²⁹, em dezembro de 1987, ainda no início do movimento da RP, registra que

Carta de Bauru - Nestes 30 anos, entretanto, o mundo viveu a globalização e a hegemonia da ideologia neoliberal, produzindo uma gritante desigualdade: 1% da população mundial tem mais riquezas que os outros 99%. Isto conduziu a uma ruptura do pacto civilizatório contido na Declaração Universal dos Direitos Humanos: quando os interesses do capital tudo dominam, não há direito que se respeite nem vida que tenha valor.

Desse modo,

Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioria penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTQI, movimento da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas.

A partir de uma noção de Estado enquanto uma construção da modernidade e enquanto a arena de conflitos e disputa de classes, das lutas da sociedade, Netto (2008) define os projetos societários como projetos coletivos que possuem a imagem a ser projetada de uma sociedade. Ele afirma que tais projetos representam o interesse de classe e, por isso, têm uma dimensão política que envolve relações de poder e apresentam estruturas flexíveis e cambiantes, já que se modificam conforme o contexto histórico e político. O autor alega que na ordem do capital, os projetos societários vinculados à classe trabalhadora e subalterna não dispõem de condições favoráveis para enfrentar os projetos das classes de proprietários e politicamente dominantes.

Nesse sentido, o que presenciamos atualmente no contexto nacional aponta para essa disputa que se coloca como horizonte da sociedade brasileira. Por um lado, os projetos

²⁹ Em dezembro de 1987, 350 trabalhadores da saúde mental reunidos em Bauru redigiram o manifesto que marca o “início da Luta Antimanicomial no Brasil” e representa um marco no combate ao estigma e à exclusão de pessoas em sofrimento psíquico grave. Com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o congresso discutiu as formas de cuidado com os que apresentam sofrimento mental grave e representou um marco histórico do Movimento da Luta Antimanicomial, inaugurando nova trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira. Os trabalhadores presentes no congresso ocuparam as ruas da cidade e fizeram a primeira manifestação pública organizada no Brasil pela extinção dos manicômios, o chamado Manifesto de Bauru. A atitude marcou uma ruptura, pois eles se recusaram a exercer o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, “que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana”. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/encontro-de-bauru30-anos-de-luta-antimanicomial-comeca-nesta-sexta-feira-8/>. Acesso em: 22/04/2024.

societários que se articulam com os interesses dos trabalhadores defendem as políticas públicas, redistributiva, inclusiva e com uma organização democrática. Por outro, os grupos economicamente dominantes dão ênfase à ajuda aos necessitados, defendendo ações focalizadas na pobreza e intervenções que contribuem com a moralização dos pobres. Nesse projeto, a defesa dos direitos sociais não é central, ou melhor, em algumas conjunturas ela pode tolerar, mas, em outras, busca suprimi-los ou até evitá-los (Coutinho, 2000).

Prova disso foram as contradições presenciadas no início de 2023. Teoricamente, vencemos a batalha representada pelo governo Bolsonaro e começamos um novo tempo. Todavia, ainda em janeiro de 2023, concomitantemente com a indicação de Nísia Trindade para o Ministério da Saúde e de Sônia Barros para o recém-criado Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, houve a promulgação do Decreto Presidencial nº 11.392, com a criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). Apesar de o governo ter cedido e mudado o nome do departamento em junho de 2023, sabemos que não mudou o peso, pressão e lugar que as comunidades terapêuticas e a lógica manicomial seguem tendo, dentro e fora do governo.

Na direção dos novos e propícios ventos, a RPB, alinhada com a atenção psicossocial e com a luta antimanicomial, está o lançamento da Frente Parlamentar Mista para a Promoção da Saúde Mental em agosto de 2023. A Frente, formada por 200 parlamentares (deputados e senadores), tem a missão³⁰ de “fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), possibilitando a promoção de saúde por meio do resgate e avanço da Reforma Psiquiátrica, sem deixar de enfrentar os novos desafios do nosso tempo”.

É inegável que o novo governo e o novo momento do país torna a maré e a correnteza mais favoráveis para o projeto de cuidado, o projeto político da atenção psicossocial pela luta antimanicomial. Várias portarias, resoluções, enfim, documentos aqui analisados, foram desfeitos e revogados. Um departamento foi criado para a saúde mental no Ministério da Saúde, Sônia Barros foi indicada para a coordenação nacional. Além dela, a professora e pesquisadora Rachel Gouveia, do Rio de Janeiro, foi indicada e fez importante trabalho na assessoria do departamento. Retomamos os trilhos da RPB. Mas, ainda que em outras posicionalidades discursivas, ferramentas e condições de batalha, a guerra ainda não acabou.

³⁰ Disponível em: <https://frentedasaudemental.com.br/a-frente/>. Acesso em: 10/05/2024.

Diante de tantos documentos e de todos os afetos, disputas e performatividades gestadas por eles, cabe nos perguntarmos: quais os destinatários desses documentos? A quem as práticas (des)feitas e (des)legitimadas por eles se destina? Em última instância: quais vidas serão as mais precarizadas e mortificadas por seus efeitos? Seguir com tais questões é uma forma de manter em nosso horizonte o desafio de seguir tensionando as fronteiras do (im)possível, seguir inventando um fazer que transcenda a mera reordenação administrativa, burocrática, jurídica e política dos serviços, práticas e discursos.

É um combustível para seguirmos sustentando um cuidado na comunidade e no território que não se limitem aos documentos e suas institucionalidades, mas um cuidado que crie condições de construção de novas formas de habitar a vida. Eis um desafio que precisará ser enfrentado, refletido e costurado a muitas mãos se quisermos vislumbrar um futuro para a Reforma Psiquiátrica brasileira não como reforma, mas como Revolução, como argumentado no capítulo 01 desta tese.

Uma Revolução que, além de eficaz e eficiente, siga sendo democrática e cidadã. Será preciso questionarmos, como um antídoto à naturalização, se temos construído respostas condizentes com os novos sujeitos de direitos que o processo de desinstitucionalização tem engendrado (Amarante, 2015). Ainda, como seguir construindo uma rede de atenção em saúde mental que não se ancore apenas na desmanicomialização, na reabilitação psiquiátrica e na recuperação (Desviat, 2016), mas que também tome para si o dever de contribuir para a construção de projetos societários contra-hegemônicos e contracoloniais? A construção de pílulas e antídotos contra os desejos de manicômio, os desejos de colonização, de si e do outro.

2.2 Andanças pelas Conferências de Saúde Mental: desafios do “fazer-se no Estado”

As análises, descrições e diálogos costurados nesta seção e na próxima tomam como ponto de partida minhas andanças, meu corpo e meus afetos ao transitar por 03 conferências municipais de saúde mental, uma Conferência Estadual de Saúde Mental e uma Conferência Municipal de Saúde, além de conferências livres, entre os anos de 2021 e 2022. Ou seja, trata-se de percepções, análises e notas costuradas, não a partir de análises sistemática e minuciosa dos relatórios dessas conferências, por exemplo. Passo por eles, mas a partir dos afetos produzidos em mim na condição de trabalhador, gestor, militante e pesquisador do campo da atenção psicossocial e da luta antimanicomial.

Trata-se sempre de conferências ocorridas no estado do Rio de Janeiro. Com exceção de uma Conferência Municipal de Saúde Mental ocorrida em um município da região dos lagos, todas as outras são no contexto da Baixada Fluminense. Com exceção, ainda, obviamente, da Conferência Estadual. Outro ponto importante também diz do lugar que ocupava, da minha posicionalidade nas conferências: na estadual estava na condição de coordenador de relatoria, na municipal de saúde, assim como em outras duas conferências municipais de saúde mental, estava na condição de convidado para facilitar o debate de um dos eixos da conferência nacional e, na conferência de Jacutinga, município da Baixada que serve de território e campo principal para este trabalho, estava na condição de comissão organizadora. Num primeiro momento, irei olhar para as questões suscitadas a partir das conferências municipais, regionais e livres para finalizar com a conferência estadual.

Importante destacar que todas as conferências e toda a movimentação que estava acontecendo era no sentido das etapas preparatórias para a V Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) que aconteceria, finalmente, após mais de dez anos da última em 2010. A 5ª CNSM ocorreu no dia 11 de dezembro de 2023, em Brasília, após algumas mudanças nas datas anteriormente previstas para 2022. As mudanças falam da conjuntura política que estávamos vivendo pouco propícia e pouco estratégica para a luta antimanicomial. Portanto, a 5ª CNSM aconteceu devido ao comprometimento do departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde atual que garantiu a rubrica financeira necessária para a sua realização.

A primeira conferência que participei nesse cenário foi a do município da Baixada Fluminense cuja cena abriu este capítulo, no começo de 2022. Antes disso, em dezembro de 2021, tinha participado como palestrante na “Conferência Livre de Saúde Mental Online”, uma prévia antes da conferência em si, para discussão de um dos eixos temáticos, do mesmo município, ocorrida de forma remota.

Nesse mesmo período, estava na organização da conferência, na verdade, da chamada “Reunião Ampliada” de Jacutinga. O município decidiu não fazer uma conferência municipal propriamente dita e optou pela “reunião ampliada” pelo “tempo e burocracia” que uma conferência exige. Com “tempo e burocracia”, o Conselho Municipal de Saúde, que estava à frente da organização da conferência, queria se referir ao que é exigido pelas normativas do SUS quanto ao controle social e participação comunitária em todas as etapas do processo deliberativo de uma conferência, seja ela municipal, estadual ou nacional.

A “saúde mental” foi chamada para compor a organização da conferência, em novembro de 2021, na figura da coordenação do programa de saúde mental, e foi assim que fui incluído na comissão organizadora junto com outros colegas que atuavam no CAPS III.

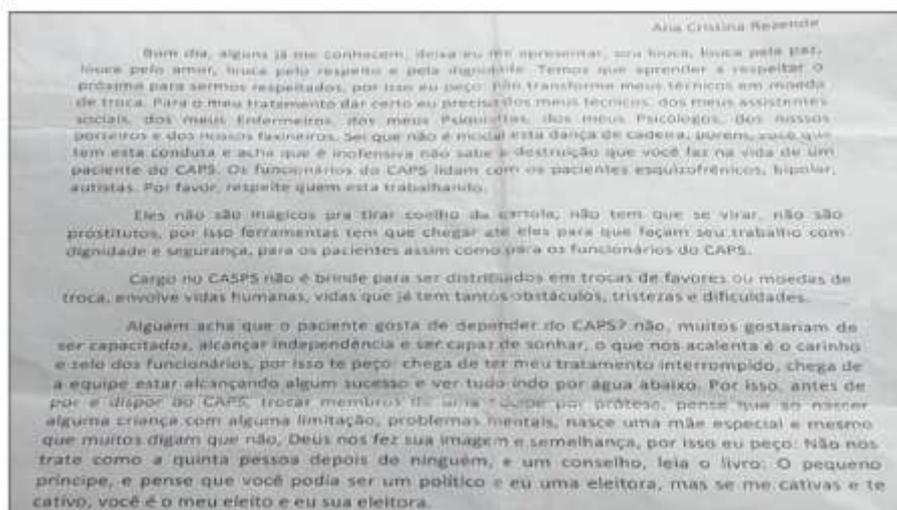
Desde o princípio, senti o mesmo incômodo quando da conferência do município vizinho: a ausência dos usuários nos processos decisórios, na organização da atividade.

O mesmo cenário foi percebido na “III Conferência Municipal de Saúde Mental” de um município da região dos Lagos, Norte Fluminense, ocorrida no dia 27 de abril, onde fui convidado como palestrante sobre o eixo temático I, “O cuidado em liberdade como garantia de direito à cidadania” e me incomodou o fato de estar numa mesa de abertura da Conferência sem a presença de nenhum usuário, familiar e trabalhador da rede local. A justificativa era a de que se tratava de uma “mesa técnica”, a expectativa era a de que “os especialistas, os estudiosos no tema” pudessem trazer “suas contribuições para orientar a discussão das propostas que seriam votadas no turno da tarde”. Isto é, o lugar de saber estava conosco (especialistas, estudiosos, academia) e não com eles (usuários, familiares e trabalhadores).

Como “não tínhamos mais tempo” para mudar essa questão, ainda que tivéssemos tentado, nós, “o povo da saúde mental”, como éramos por vezes chamados, colocamos como prioridade o protagonismo dos usuários na programação da “Reunião Ampliada”, que aconteceria no começo de 2022. Data essa que só foi possível a partir de nosso tensionamento, uma vez que fomos chamados para compor essa comissão em novembro de 2021 na ocasião de uma atividade que tinha pretensão de acontecer ainda em dezembro do mesmo ano.

Como possibilidade de garantir algum protagonismo para os usuários na Reunião Ampliada de Saúde Mental, convidamos uma usuária do CAPS III para a mesa de abertura. Segue o texto elaborado por ela:

Figura 24 - Discurso da Ana Rezende



Fonte: equipe CAPS III

O discurso da usuária Ana foi escrito no dia 06 de janeiro de 2022. Na mesma mesa em que proferiu tal discurso, estava presente o subsecretário de saúde de Jacutinga, dentre outras autoridades e políticos que cotidianamente promovem a “dança das cadeiras” a que ela faz menção, que cotidianamente endossam “a destruição” que faz com que a equipe tenha que se virar, agir como mágicos e “tirar coelho da cartola”.

Em março de 2023, no mesmo município, ocorreu a “7ª Conferência Municipal de Saúde de Jacutinga” com o tom “Amanhã vai ser outro dia” e tema: “Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia”. Nessa ocasião, eu estava na posição de palestrante. A primeira coisa que me afetou foi o local de realização da conferência: Primeira Igreja Batista. Ainda na mesa de abertura, os afetos, incômodos e emoções seguiram me inundando. Como era previsto, o pastor da igreja estava presente na mesa e fez uma fala com tom de associar o cuidado com a nossa “bondade, a caridade, a filantropia, a um ‘sinal da presença de Deus em nós””.

No meio da mesa de abertura, duas mulheres negras interrompem “a cerimônia”, “quebram o protocolo” e pedem a fala. As duas faziam parte de um grupo de mulheres negras do município que pensavam sobre racismo e saúde. A fala delas era na direção de reivindicar e questionar sobre o motivo do regimento não ter sido lido até aquele momento. Resgatam a informação sobre a importância dessa leitura já que é por meio do regimento que “as regras do jogo são postas na mesa”.

E seguem questionando, agora com relação à condição de estarem ali apenas como “ouvintes” e não como “delegadas”, ou seja, sem direito a voto já que no contexto das conferências apenas os “delegados” podem votar. Elas perguntam: “estamos aqui para fingir que estamos? Por que não poderemos votar? Só vamos ouvir e fingir que estamos participando?”. Finalizam com uma proposta: que todos os presentes possam ser “delegados”, já que “o auditório não está cheio, tem poucas pessoas presentes”.

Cria-se um impasse e divisão entre os organizadores, todos do Conselho Municipal de Saúde. Um dos secretário propõe que “todos sejam delegados e que seja lido o regimento de forma imediata”. O presidente da comissão organizadora, que desde nosso trabalho conjunto na organização da conferência de saúde mental já demonstrava discordâncias e afetações com o secretário que fez a proposta, diz: “não é assim que funciona. Terá que ser votado! Não podemos andar à margem da lei!”. O presidente do conselho interrompe a discussão, toma a fala para si e diz: “vamos seguir o fluxo, o regimento será lido após o almoço”.

Algumas pessoas do Conselho, que eram também da comissão organizadora, aproximaram-se das duas mulheres falando de forma baixa, falando para elas “se acalmarem”,

que “tudo seria resolvido da melhor forma”, no *modus operandi* da gestão dos conflitos e discordâncias “nos bastidores”, a gestão das diferenças fora do palco, da cena pública, no lugar escuro e privado do bastidor.

Após o intervalo do almoço, os trabalhos foram retomados, o regimento foi lido e ficou decidido, com forte pressão e incentivo de quem estava na plateia da cena, que todos os presentes seriam “delegados”, quer dizer, “teriam direito a voto”. Quando das discussões das propostas, dois aspectos me marcaram. O primeiro, a fala de uma mulher que é líder comunitária, é de uma associação de moradores de um dos bairros da cidade acerca da “falta de um debate sobre a tuberculose e HIV/Aids” entre as propostas que estavam sendo pensadas, sugerindo a criação de uma proposta com esses temas, pois “pode não parecer, mas para alguns de nós essas ainda são questões importantes”.

O segundo aspecto foi quando fiz uma proposta sobre “indicar a formação e qualificação técnica como critério para a composição das equipes de saúde do município e também como critério para as demissões, quando necessárias”. Durante a mesa, estava dando suporte em alguns momentos para o homem que estava digitando as propostas no computador com projeção para todo o auditório. Lembro que, quando fiz a proposta, os dois homens do conselho que estavam conduzindo a plenária “concordaram” e pediram para eu falar de forma pausada para que o rapaz pudesse digitar.

Repeti a proposta da forma como está registrada acima. Eles olharam para o texto escrito na tela projetada para todos, se olharam e olharam para mim com um tom que imediatamente entendi: aquela proposta não poderia passar. Ela foi barrada de forma sorradeira, isso porque, como estava um barulho com muitas falas paralelas ao mesmo tempo, os homens fizeram sinal para a pessoa que estava digitando apagar o texto e, para mim, sinalizaram que “quando acabar conversamos com calma, só a gente, fique tranquilo”.

Como as situações demonstram, a gestão das diferenças pelos bastidores, pelo silenciamento, pela tentativa de amenizar as situações pelo “fique tranquilo” e “tudo vai ser resolvido” foi uma constante nesses espaços. Era um *modus operandi* de gestão das pessoas, suas diferenças e propostas pelo silenciamento, uma gestão dos afetos pelo “fique tranquilo”. O que isso implica? Que quem pensa diferente e está fazendo a sua proposta não está tranquilo, está causando demais, está subvertendo as regras do jogo, está saindo do roteiro da cena, está, portanto, fora da lei. “Raivosos, barraqueiros, rebeldes, balbúrdia” são termos muito frequentemente usados para adjetivar e falar dos nossos, não por acaso, a prescrição de calma foi tão repetida como resposta frente às tensões provocadas.

Por falar em afetos, tentativas de silenciamentos e modos tradicionais de gestão, a forma como se deu a V Conferência Regional de Saúde Mental da região chamada Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, ocorrida em Belford Roxo, em junho de 2022, é um importante analisador. A região metropolitana I é composta pelo Rio de Janeiro e Baixada Fluminense. A Conferência Regional fazia parte dos preparativos para a Conferência Estadual. Acontece que a Conferência Regional não chegou ao fim da forma esperada para um espaço que deveria ser democrático como esse: após situações de intensa afetação de algumas das pessoas presentes, dos atravessamentos políticos e de situações de violência, a conferência foi encerrada e remarcada para o dia 13 de junho do mesmo ano, só que agora na Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro.

Como citado anteriormente, participei como coordenador de relatoria na V Conferência Estadual de Saúde Mental, realizada nos dias 17 e 18 de setembro de 2022 na UERJ e no dia 7 de outubro, na Secretaria de Saúde do Estado do Rio. Comecei a trabalhar nesta no último mês anterior à sua realização, mas o trabalho já vinha sendo realizado há um tempo diante da necessidade das etapas preparatórias para a V Conferência Estadual. O Rio de Janeiro, enquanto estado, é dividido em 9 regiões³¹ e todas elas tiveram encontros regionais para deliberação de propostas, a partir das Conferências municipais. Desse coletivo, foram aprovadas e enviadas para discussão no âmbito estadual 131 propostas. O desafio? Aprovar 12 propostas para serem A abertura, no dia 17 de setembro, e, ainda na mesa de abertura, já começam a surgir temas e falas que dão o tom das propostas que transitarão ao longo dos dias do evento: “necessidade de combater as comunidades terapêuticas e seu financiamento”, “retrocesso no Brasil atual próximo ao contexto do Brasil da ditadura militar no contexto da 8ª Conferência”, “a força do movimento da luta antimanicomial através dos movimentos sociais e direitos humanos”, “a oposição à contrarreforma”, “as pautas raciais, da população LGBTQIA+...”.

Um vídeo produzido pela comissão organizadora e editado por um “ex-usuário” de um CAPS em Itapeva - São Paulo, como foi falado, abriu o primeiro dia. Um dos artistas que apareceram provoca: “todo mundo tem um momento de loucura dentro de si... todo ser humano é passível disso”. No vídeo também aparece uma fala importante de Lorraine, mulher, travesti, redutora de danos da RAPS do Rio de Janeiro que fala sobre sua experiência de também ser usuário de um CAPS do município do Rio. Chego ao final do vídeo com um

³¹ Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Metropolitana I, Metropolitana II, Médio Paraíba, Noroeste, Norte e Serrana.

incômodo: a cidade e a RAPS do Rio de Janeiro como presença única nas imagens e falas apresentadas? O Rio de Janeiro é a capital do estado e faz parte da região chamada de Metropolitana I, contudo são 09 regiões ao todo, entretanto, não identifiquei nenhuma outra ao longo do vídeo. O que isso diz sobre as apostas e modo de gestão da política de saúde mental no estado?

Esse dado me lembra os inúmeros incômodos meus e da equipe do CAPS III que atuava quando do movimento constante de hierarquização e referência “aos profissionais da Baixada” ou “a rede da Baixada” do lugar de descrédito quanto a qualidade e confiança no trabalho. A referência máxima sempre era “a rede do Rio”, “os profissionais do Rio”. Em diversos eventos e atividades com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio, por meio dos grupos condutores e da figura dos apoiadores do Estado para as outras regiões, esse movimento de convocar profissionais do Rio para falar do lugar de saber colocando os profissionais da Baixada como “os que precisam aprender” era presenciado. Movimento que provocava muitos afetos negativos, muitos incômodos em nós: trabalhadores da Baixada. Um movimento que me lembra a lógica colonial, onde a metrópole, a capital, é a referência, o objeto de desejo de todos, por representar o saber, o valor, o poder, a salvação para as almas incivilizadas e hierarquicamente inferiores.

No momento de discussão das propostas na plenária coletiva, um dos usuários presentes que estava participando bastante em diversos momentos, defende a retirada do termo “leitos de saúde mental em hospital geral” de uma das propostas, afirmando que “O CAPS deveria dar um jeito de atender os usuários porque os hospitais gerais só atendem quem é de olho azul”. Outro momento que me chama atenção é quando um usuário faz a defesa de que deve haver garantia de transporte para circular pela cidade, não apenas para ir ao serviço.

Alguns profissionais presentes discordam defendendo que a proposta deveria ser suprimida, pois essa seria uma questão que “não deve passar pela mão do Estado”. A proposta era: “Garantir transporte aos usuários e acompanhantes para a frequência à rede de saúde mental e às atividades educacionais, culturais e de lazer, ampliando a oferta”. Uma proposta que tinha sido enviada pela região centro sul. Essa proposta ficou entre as 65 aprovadas, mas não entrou em nenhuma das 12 propostas finais que seriam enviadas para “a nacional”. Das 12 propostas do estado do Rio de Janeiro enviadas para a 5ª CNSM, nenhuma faz referência à questão do transporte defendido pelo usuário em questão.

Outro aspecto que merece destaque diz da discussão sobre as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Apesar de estar entre as 65 aprovadas que constam no relatório final, não há também nenhuma menção às PICS entre as 12 finais. Sair com uma

questão: qual o lugar dos saberes “complementares”, dos “saberes populares” na PNSM? O que isso diz do processo de colonização das práticas de cuidado em saúde mental? O que aproximar-se das PICS pode nos ajudar a nos aproximarmos também da cosmovisão afroindígena na gestão do cuidado em saúde mental?

Um aspecto que também foi um certo nó e gerou debate foi sobre o tema da prática da redução de danos e da função do redutor de danos. Em certo momento, alguns defendiam pela não regulamentação da função de “agente redutor de danos”, sob o argumento da institucionalização e de que a prática poderia ser transversal a todos. Nesse momento, fica nítido algo curioso e importante de ser notado para que possamos estar atentos e cuidar das disputas internas ao campo: a fala de que as pessoas “melhoram dentro das comunidades terapêuticas”.

Essa foi uma fala que não teve grande adesão, mas aponta para o fato de que não é um ponto pacífico o tema das comunidades terapêuticas nem dentro do campo nem mesmo entre as pessoas que se dizem alinhadas à luta antimanicomial. Prova disso é a contradição institucional, já citada anteriormente, do início do governo Lula quando da criação de um departamento para as comunidades terapêuticas e a presença destas entre os dispositivos da RAPS desde a Portaria que a instituiu, a 3088 de 2011.

No relatório final da 5ª CESM, avalia-se sobre seu próprio processo democrático e participativo e afirma-se que “nenhum dos participantes da 5ª CESM-RJ foi privado de expressar suas vivências, seja no corredor, nas conversas, nos GTs ou, ao final, com as apresentações musicais, em que desfilavam em todos os segmentos”. Porém, “poucas crianças, adolescentes e jovens estiveram na plenária final da Conferência Estadual. Desta maneira, a participação do segmento dos usuários na 5ª CESM-RJ foi notória, não somente nas atividades culturais e artísticas, mas também nos GTs, tanto como delegados quanto como coordenadores dos grupos”.

Contudo, nesse mesmo trecho, chama atenção o fato de que “na composição dos grupos, o segmento de usuários tenha ficado abaixo da proporcionalidade esperada”, reconhecendo que “o acesso a condições de participação para o segmento dos usuários é desafio constante para o campo da atenção psicossocial”. Desafio esse que fala também “do ritmo das discussões era acelerado, dificultando seu entendimento em alguns momentos”.

Isto é, mesmo com a presença dos usuários em diferentes espaços da Conferência, inclusive com a representante da associação nacional de usuários e familiares na mesa de abertura, o protagonismo nesse espaço ainda segue sendo um problema estrutural e estruturante do campo. Na minha avaliação, esse fato tem muito a ver com a lógica colonial

que está na sua base de estruturação e que precisará ser radicalmente revista, destruída, de forma a não apenas reconhecermos que esse é um desafio, mas de mudar “as regras do jogo”, mudar “o ritmo acelerado das discussões”, operar em outra temporalidade, em outros parâmetros ontoepistemológicos e metodológicos. Como querer mudanças estruturais sem uma descentralização do “modo neurótico” de condução desses espaços? Sem uma mudança radical na forma de concebê-los e operá-los?

A indicação dos delegados para a 5ª CNSM aconteceu no segundo dia do evento, praticamente a última atividade prevista antes do encerramento com apresentações artísticas e culturais. O modo como foi feito também diz muito para mim sobre se tratar de uma disputa por espaço e poder. Chegaram folhas de caderno, recortes de papéis de toda ordem com os nomes dos delegados sugeridos pelas 9 regiões, era nítida a euforia, a agitação, as movimentações, já que o nome na lista final representava a “ida para Brasília”. Qual foi o processo decisório de escolha desses nomes? Houve respeito à transparência, controle e participação social/comunitária? Houve cuidado e abertura ampla para os usuários, trabalhadores e gestores que quisessem ter a possibilidade de ser indicado como delegado? São questões que para mim, pela forma como foi conduzido o ato final da Conferência, não ficaram respondidas.

Daniel Elia, Coordenador Geral da 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, com atuação na Secretaria de Saúde, abriu a Conferência lembrando o fato de que “essa é a primeira conferência que é tratada questões de racismo, gênero, população LGBTQIA+, indígenas, etc”. Essa fala me afeta e gera expectativas quanto ao modo como essa questão apareceria nas propostas aprovadas ao final do evento. Ao que um usuário faz uma fala que se encontra com minhas preocupações no início da Conferência: “as propostas estão sendo feitas com base na coerência pro usuário? Vocês estão tendo consciência e coerência? Defender o quê, pra quem?”.

Ao olhar para o produto final, para as 12 propostas aprovadas pelo estado do RJ e que foram indicadas para a Conferência Nacional, duas delas tocam na questão racial. Pela importância para o tema desta pesquisa, registro na tabela abaixo.

Tabela 3 - Propostas do estado do RJ para a 5ª CNSM que cita sobre raça

PROPOSTA 6	PROPOSTA 10
<p>Garantir que a ampliação e o investimento dos recursos financeiros destinados à saúde mental, independentemente do porte populacional, sejam feitos exclusivamente nos serviços de base territorial, tais como: CnaR, Centro de Convivência e Cultura, CAPS I, CAPSi, CAPSi III, CAPS II, CAPSad, CAPS III, UAA/UAI, SRT, leito em hospital geral, NASF, programa de Volta para Casa, considerando a extensão territorial, para as populações vulnerabilizadas (população negra, costeira, privados de liberdade, LGBTQIA+ e PCD) e, também, os povos tradicionais (ribeirinhos, caiçaras, quilombolas e indígenas);</p>	<p>Promover políticas de saúde mental, implantando modelo de gestão que garanta o aprimoramento profissional de trabalhadores do SUS para melhor entendimento sobre os impactos da discriminação e violência sobre LGBTQIA+, pessoas negras, puérperas com sinais de depressão pós-parto, quilombolas, mulheres, imigrantes, indígenas, atingidos por barragens/desastres, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, pessoas privadas de liberdade, trabalhadoras(es) do sexo, propiciando o reconhecimento de determinantes estruturais e um cuidado em saúde mental orientado nas perspectivas antimanicomiais e de justiça social, com criação de oficinas com projetos terapêuticos baseados na singularidade, assim como garantia de previsão orçamentária, planejamento e execução, facilitando o acesso e continuidade do tratamento;</p>

Fonte: autor, com base em dados do “Relatório da 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro: memória da construção de um processo coletivo”

Chegar nas duas propostas acima me fez ratificar uma sensação que me acompanhou durante os três dias de atividade: por um lado, a alegria e animação pelo fato dessa está sendo uma questão discutida em diversas propostas do total de 131 que estavam disponíveis para votação, lembrando que o objetivo não era mais modificação na redação da proposta, algo que deveria ter sido feito nas etapas anteriores.

Por outro lado, a sensação de que o modo como a questão racial aparece nas propostas não dá conta de efetivar a transversalização do debate racial em toda a política, como propõe a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como será discutido na próxima seção. A sensação de que raça seguia sendo tratada como uma variável, um acessório importante a ser considerado. Colocar a questão racial dentro do balaio das “populações vulnerabilizadas” é insuficiente.

Olhando por outro ângulo, as propostas que citam nominalmente “pessoas negras” e “população negras”, não havendo nenhuma outra que traz termos como raça, cor e racismo, por exemplo, aparecem em meio a tantas outras questões que se tornam tão gerais e inespecíficas que acabam não orientando a sua operacionalização. Acaba ficando distante do campo das práticas e dos cuidados em saúde, do chão do cotidiano dos serviços da RAPS, acaba não dando conta de criar mecanismos de gestão de situações como a relatada pelo usuário que chama atenção para o quanto ter “olho azul” faz diferença na hora do atendimento em um hospital.

Em meio às conferências, municipais, regionais e estaduais, as reuniões livres e ampliadas, enfim, em meio ao contexto de ebulição de atividades e coletivos nos preparativos para a “5ª Conferência Nacional de Saúde Mental Domingos Sávio”, muitas “conferências livres”, como está prevista pelas normativas do SUS e foi uma inovação trazida a partir do regimento da 17ª Conferência Nacional de Saúde³², aconteceram em todo o país. Não me recordo de ter tido notícia em outro momento da história da Política Nacional de Saúde Mental de tanta mobilização prévia à conferência nacional a partir da organização de diversos setores da sociedade.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) em matéria de setembro de 2023³³, foram relatadas ao conselho a “importante marca de 38 atividades”, ou seja, 38 conferências livres, “grande parte das conferências livres têm sido realizadas no formato híbrido, ampliando a possibilidade de participantes e mantendo o caráter nacional”. Entre algumas das Conferências que aconteceram³⁴, estão: “Primeira Conferência Livre de Saúde Mental com a População em Situação de Rua”, “Conferência Livre Nacional de Saúde Mental no Trabalho”, “Conferência Livre Pelo direito de cuidar e ser cuidado em Liberdade”, “Conferência Livre Nacional de Saúde Mental: A Privatização Faz Mal à Saúde Mental”.

Entre as “conferências livres” que destaco aqui, está a “1ª e 2ª Conferências Livres Nacional de Usuários da RAPS” e a “1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental da População Negra”, que será discutida na próxima sessão. Escolho essas duas em função de o debate proposto por elas ser central no encontro entre esta pesquisa, meus afetos ao andarilhar pelas conferências que estive e para as questões colocadas pelo território da Baixada Fluminense. Trata-se do debate sobre o lugar dos usuários e a questão racial na PNSM.

³²As conferências livres fazem parte dos mecanismos de participação social em saúde. (...) Elas têm caráter deliberativo mas prescindem de processos oficiais, uma vez que não precisam seguir formalidades como quórum mínimo, representatividade por segmentos ou eleição de delegação para a etapa principal. As conferências livres podem ser realizadas em âmbito Municipal, Intermunicipal, Regional, Macrorregional, Estadual, Distrital e Nacional. As conferências livres não competem com, e nem substituem, a realização das conferências das etapas Municipal, Estadual/Distrito Federal e Nacional, mas, podem integrar essas etapas. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/17cns/Documentos/Orienta%C3%A7%C3%B5es_Confer%C3%A7%C3%A3o_Livres_Nacionais_-_Revisado_1.pdf. Acesso em: 23/04/2024.

³³Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3168-conferencias-livres-de-saude-mental-aguecem-debate-para-a-conferencia-nacional-tematica>. Acesso em: 23/04/24.

³⁴ O CNS organizou uma playlist no seu canal do youtube com algumas conferências híbridas realizadas . Disponível em: https://www.youtube.com/playlist?list=PLHJnXqt42XX6qp8qVyr7_zyfhEnWCF7rH. Acesso em: 23/04/24.

Figura 25 - “Chegou a vez e a voz dos usuários”



Fonte: @usuariosrapslivre. Artista: Eduardo Marciano (@edumartr).

Soube da conferência a partir do Instagram que foi criado no dia 5 de abril de 2023 (@usuariosrapslivre). Na primeira publicação da página, há a seguinte inquietação: “participem desta construção e nos ajude a Ocupar o Castelo!!!”. Numa segunda postagem na página, no mesmo dia, há a seguinte mensagem: “Quem comumente vive aprisionado num castelo (de sonhos)? Quem, por outro lado, feliz lá de dentro permanece calado/cercado não de injustiças, mas de privilégios?” e, trazendo uma frase do Everton Costa Tavares (sergipano, usuário do CAPS, ativista e militante da saúde mental): “O rei jamais perde a majestade onde seus súditos servirão até lavar seus pés e mendigar o pão”.

A proposta da conferência partiu da usuária da RAPS, Fabiane Valmore³⁵, a qual, segundo ela, foi construída no contexto da 5ª Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná, ocorrida no dia 26 de outubro de 2022. Na ocasião, houve a aprovação da “Moção de Pesar e Solidariedade em Defesa da Participação Ampliada dos Usuários dos Serviços Públicos de Saúde Mental nas Conferências de Saúde Mental” com o apoio de integrantes da Coletiva de Luta Antimanicomial do Paraná (CLAP) e do Fórum Popular de Saúde do Paraná (FOPS). Fabiane diz que “ainda se faz necessário superar o ‘Consenso de Brasília de 2013’, que já apontou há dez anos a falta de autonomia e de protagonismo dos usuários dos serviços de saúde mental”.

Ocorridas em maio e setembro, as Conferências Livres Nacional de Usuário da Saúde Mental contou com a articulação dos usuários, pesquisadores e trabalhadores importantes do campo, tendo o tom de apontar o modo desigual como os usuários seguem sendo colocados no lugar de passividade, na plateia das grandes decisões. Para a primeira conferência, foram

³⁵Disponível em: <https://susconecta.org.br/i-conferencia-livre-nacional-de-saude-dos-usuarios-da-rede-de-atencao-psiocossocial-raps-acontece-no-dia-26-de-maio/>. Acesso em: 23/04/24.

210 inscrições, de 23 estados brasileiros e três outros países, sendo 44,8 % de usuários e 55,2% não. A questão que o coletivo nos provoca foi: “um desafio fazer inverter este dado. Quando a participação da maioria será de usuários da RAPS?”.

Outro ponto que chama atenção diz da regra de que, apesar de todos os presentes terem direito a voz, a fazerem propostas, o “direito a voz e voto apenas usuários sem ampla experiência de participação em Conferências de Saúde Mental”. A proposta foi discutir todos os eixos da 5ª CNSM e da 17ª Conferência Nacional de Saúde, enviar propostas e eleger delegados para as etapas nacionais. Em um dos encontros preparatórios para a conferência ocorrido dia 01 de maio de 2023, Hamilton Assunção, usuário da RAPS, artista, cantor da banda “Harmonia Enlouquece” e integrante do coletivo “Tá pirando, pirado, pirou” diz: “o que eles querem, os representantes? É mais doença? É mais química? Eles sabem o que falta: é o básico.....é a arte, a conscientização, o acolhimento, não é a química, não é o comprimido. Não estamos pedindo carrões, mansões... é bom tratamento, boa alimentação, o básico”. “Eu sou poeta, cantador e o meu nome é Adebai. Sou usuário do CAPSad que fica aqui em Natal (...) Ponha as dores no balaio que no dia 26 de maio você terá voz, voto e vez”.

Em pesquisa³⁶ realizada com artistas e usuários da rede de saúde mental do Rio de Janeiro, Fabiane Valmore (2021, p.240) se questiona sobre “como produzir vida social”, como produzir vida concreta aos usuários e usuárias da saúde mental que, segundo ela “buscam reconhecimento social e respaldo financeiro”. Ela nos lembra que os usuários e usuárias da RAPS “não querem viver como que sob um ‘coma induzido’, como, certa vez, me disse um dos artistas dessa pesquisa”. Logo, Valmore defende a importância de “uma rede que ultrapasse os limites daquela já alcançada pela saúde mental”, uma rede, portanto, “tecida pelas mãos da educação, do trabalho, da cultura, da Justiça, do Congresso Brasileiro, da assistência social, que possa sustentar melhores condições de moradia, de saneamento básico, de alimentação, transporte, lazer, segurança pública, vestuário, higiene, previdência, saúde física e bucal, etc. etc” (p.240). Uma rede tecida e construída “junto com a família, a sociedade, a universidade – no limite, com e a partir do Estado. De um estado ampliado, para falar em termos gramscinianos?” (p.240).

Uma rede de saúde mental que produza vida e que cuide, antes de tudo, do “sufoco da vida” que atravessa o usuário da saúde mental, como nos fala o artista e usuário Hamilton Assunção na música homônima composta por ele e Alexandre Machado em que diz: “me

³⁶ *Arte e (lou)cura: o Transitar pelos Caminhos da Arte como Forma de Desconstrução da Loucura e Fabricação do Artista*. Disponível em: <http://www.humanas.ufpr.br/deciso/monografias/TCC-FINAL-FABIANE-VALMORE.pdf>.

amarram, me aplicam, me sufocam num quarto trancado. Socorro, sou um cara normal asfixiado”. E, como num grito clama,

Que sufoco da vida
Sufoco louco
Tô cansado
De tanta
Levomepromazina

Por fim, entre os eventos, encontros e atividades que, apesar de estarem fora do período delimitado para esta pesquisa (2020-2022), merece destaque pelo escopo de discussão da saúde mental no território em que se debruça esta pesquisa: o I e II Fórum Estamira de Atenção Psicossocial da Baixada Fluminense. A Frente Estamira é um coletivo gestado em 2019, quando da realização do I Congresso de CAPS do Estado do Rio de Janeiro realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM/IPUB/UFRJ). Eu estava presente no evento apresentando trabalho sobre “supervisão de território”, estratégia utilizada no município que atuava na Baixada para dar conta do matriciamento e intersetorialidade. O evento reuniu 63 dos 92 municípios do estado do Rio e teve mais de 700 pessoas³⁷.

A Frente foi resultado do congresso com fins da “articulação política” e da “estratégia de luta coletiva de resistência e invenção” e tem como objetivo “ofertar apoio técnico aos serviços CAPS do estado, a partir da perspectiva regional, diante o momento sócio-político-econômico atual”, tendo em vista que a “saúde mental pública, territorial, comunitária e democrática que tem sido sistematicamente desmantelada em diversos níveis por distintos atores”.

A proposta da construção de um Fórum da Baixada é uma demanda antiga que já havia sido falado em alguns espaços, sobretudo quando nos encontrávamos com colegas de outros municípios e compartilhávamos desafios muito próximos. Um destes era a questão do modo pessoalizado, clientelista e coronelista de fazer política e a fragilidade dos vínculos de trabalho dos profissionais que nos colocava sempre numa posição muito precária e instável diante “da politicagem”. Em um dos encontros da Frente, no primeiro semestre de 2023, cujo tema foi a “saúde mental na Baixada Fluminense”, e no qual estive presente e pude retomar a proposta de realização do Fórum.

³⁷ Disponível em: <https://frenteestamiradecaps.org/quem-somos/>. Acesso em: 22/04/24.

Alguns meses depois, formou-se uma comissão organizadora e o I Fórum aconteceu em 02 de junho de 2023, no município de Duque de Caxias. A atividade teve três eixos/objetivos: 1) propiciar uma avaliação da situação atual da rede de saúde mental da Baixada Fluminense; 2) possibilitar uma conexão mais efetiva das redes intra e intermunicipais desta região; 3) reconhecer as prioridades e construir estratégias para enfrentamento dos desafios e superação dos impasses. Houve a participação de 172 pessoas, de 11 municípios da Baixada, além de outras de diferentes regiões do estado do Rio.

Na ocasião, foram aprovadas 15 propostas³⁸ que versam sobre “a importância de abertura para que os trabalhadores ‘da ponta’ possam expressar o cotidiano das experiências vivenciadas nos serviços”, “a necessidade de se incluir cultura e garantia de direitos nos projetos terapêuticos dos usuários”, a “precariedade dos vínculos trabalhistas nos diferentes municípios” e a “falta de um projeto de formação permanente para os trabalhadores”. Foi nítido o tom de necessidade de criação de mecanismos de diálogo, proteção e institucionalidade que garanta enfrentar os desafios locais frente à instabilidade institucional.

Em dezembro do mesmo ano, ocorreu o II Fórum, dessa vez em Nova Iguaçu, tendo como eixos: 1) educação permanente, 2) precarização da rede e intersectorialidade e 3) luta e práticas antirracistas. Participaram 56 pessoas, de todos os municípios da Baixada. Das 20 propostas³⁹ aprovadas, seis versam sobre o tema do racismo e das práticas antirracistas, das quais destaco duas: proposta 18) Promover espaços culturais e artísticos que dêem visibilidade à arte, cultura, costume, tradições religiosas e lideranças negras do território da Baixada Fluminense e proposta 20) Estimular a realização de oficinas sobre ancestralidade negra nos CAPS e o debate político sobre práticas antirracistas no cotidiano dos serviços.

Olhar para as propostas e pensar sobre a educação permanente para os profissionais do território, inclusive com garantia de 30% das vagas de um curso de especialização no IPUB/UFRJ iniciado em março de 2024, a partir da centralidade do debate racial, me deixou muito animado, algo que não havia percebido nas Conferências que tinha transitado. Aqui a Baixada inverte a ordem das hierarquias coloniais dando um recado para o Estado: também podemos ocupar o lugar de saber, temos muito a aprender, não à toa a grande demanda por “educação permanente”, mas também temos muito a ensinar.

³⁸Para acessar todas as propostas, ver: <https://frenteestamiradecaps.org/2023/06/18/relatorio-do-i-forum-estamira-de-atencao-psicossocial-da-baixada-fluminense/>. Acesso em 22/04/24.

³⁹ Ver: file:///C:/Users/Samsung/Downloads/Relat%C3%B3rio%20-%20II%20F%C3%B3rum%20BF.pdf. Acesso em:22/04/24.

Proponho aqui olharmos para as Conferências como “ritual de delegação”, numa aproximação e inspiração do trabalho de Silvia Aguião (2018, p. 46), que percorre os “fios da trama que vêm construindo os ‘sujeitos LGBT’ no Brasil”. Para ela, a conferência como ritual de delegação no sentido de oferecerem “eventos de produção da representação, ao mesmo tempo que produzem justamente aquilo que precisa ser representado”.

Aguião (2018) toma como referência os trabalhos da Mariza Peirano (2001) acerca da “abordagem antropológica de eventos como rituais”, de Bourdieu sobre a “delegação” e “representação política” (1989 e 2004) e os de Abrams (1988) e Mitchell (2006) para uma “visão do estado-ideia” e dos “efeitos de Estado”, respectivamente, para argumentar que as conferências dão visibilidade ao “jogo político” do campo, na concepção de Bourdieu (Bourdieu, 1989).

Um jogo político que vai se desenhando de forma mais ou menos roteirizado, mas sempre a partir de uma performatividade. Nas mesas de abertura e vídeos que abrem as Conferências analisadas aqui era nítido como algumas palavras-chaves do campo, do *zeitgeist* atual eram acionadas (“raça, gênero e classe”, “interseccionalidade”, “direitos humanos”, “luta antimanicomial” etc.). Eram nas plenárias onde os atores envolvidos puderam performar de forma mais livre, menos roteirizada, mais atravessado pelos afetos e suas afetações: “plenária final, lugar em que conflitos e diferenças aparecem com mais vigor, menos controlados por discursos pré-rascunhados, ou onde os “imponderáveis” se mostram com mais relevo” (Aguião 2018, p.45).

Um jogo político marcado por (in)visibilidades e processos de fazer e desfazer direitos e sujeitos. “Sujeitos LGBT”, como mostra Aguião, ou “sujeitos usuários da RAPS”, como dialogo aqui. É o processo do “fazer-se no estado” (Aguião, 2018), o processo de constituição do sujeito de direitos a partir das tramas estatais. Um processo, neste caso, de passagem do “sujeito louco” para o “sujeito usuário da RAPS com voz e vez”. Por sua institucionalidade e ritual de delegação, as Conferências vão criando as condições oficiais para o fazer e desfazer dos sujeitos da saúde mental, o fazer e desfazer dos seus direitos (Vianna, 2013).

Ao menos no nível das ideias, no nível macropolítico. Getúlio Vargas Júnior, organizador da Conferência Livre “Pelo direito de cuidar e ser cuidado em Liberdade”, ocorrida em 2023, afirma que “apontamos que não há como avançar na construção de políticas se não for permeado por um ambiente democrático”, “apontamos propostas de retomada do devido financiamento da saúde mental, de forma transversal em diálogo com as bases”. Para concluir que, “é necessário levar os resultados da Conferência Nacional para os trabalhadores de base, fazendo uma devolutiva das discussões que agora se relacionam com a

conferência temática”. Como Veena Das nos conta, a violência segue descendo ao ordinário num fluxo feroz e ininterrupto, que aquilo que é (des)feito, costurado e representado nas Conferências possa descer e (des)fazer atos e arranjos de cuidados no plano macropolítico, no plano do cotidiano ordinário da ponta.

Figura 26 - Usuário negro dormindo no CAPS III



Fonte: autor.

Figura 27 - Remendo na torneira do CAPS III



Fonte: autor.

Finalizo esta seção com duas imagens do meu cotidiano no CAPS III na Baixada Fluminense, uma de 2020 outra de 2021, ou seja, imagens de um cotidiano pandêmico. Na primeira delas, um usuário negro dorme em uma das camas dos quartos utilizados para o “acolhimento noturno” no serviço, dispositivo de atenção à crise. Era um usuário que havia chegado “sujo”, “morrendo de fome” e “agitado” pedindo “apenas para dormir”. O itinerário entre a sua chegada e a possibilidade de deitar nessa cama, com esse cobertor, como registrado na foto, foi marcado por tensionamentos, divisões e afetações da equipe: permitir ou não permitir que ele suba para o quarto? Ele está ou não está em crise?

A segunda imagem é de um remendo, com conserto, um arranjo feito pela própria equipe na torneira da cozinha do serviço. Arranjo feito diante da morosidade da “equipe da manutenção” vinculada à prefeitura resolver o problema. Na foto há um copo de plástico em que alguém da equipe havia tomado “café preto” e um prato ainda sujo, pois foi onde um dos usuários havia almoçado. A torneira está apresentando uma fina goteira de água diante do remendo que não a veda por completo.

Água, comida, café, sujeira, agitação, fome, sono, cansaço, cama, lençol, rua, quarto, crise, acolhimento. Palavras que circulam essas imagens e as cenas vividas em seu entorno. Palavras-imagens que nos ajudam a (des)ver os (des)encontros entre “o sujeito das populações

vulnerabilizadas”, “o sujeito da população negra” e o “sujeito usuário da RAPS”. Em qual esquina esses “sujeitos” se encontrarão com a possibilidade de ser, estar e habitar o lugar do “sujeitos de direitos”? Espero que em uma encruzilhada.

2.3 (Des)articulações entre a Política de Saúde Mental e a Política de Saúde Integral da População Negra

Figura 28 - Cuidado na rua



Fonte: autor.

A fotografia que abre esta seção, de outubro de 2020, registra três pessoas. Dois deles são profissionais da rede de Jacutinga e um é uma pessoa que está em situação de rua. Um dos profissionais é um colega do CAPS III e outro um trabalhador da assistência social do município. O atendimento na rua como a foto registra surgiu da demanda da equipe da assistência para suporte e mediação para “abordagem do senhor que estava causando e incomodando os vizinhos”.

Pedidos como esses eram constantes, vez ou outra, o CAPS, a saúde mental, era acionada para mediar esses encontros na rua com pessoas que “estavam causando”, provocando incômodos, afetos, enfim, “difamando”, manchando a imagem “do governo”. Facilmente fotos e vídeos dessas pessoas na rua iam parar nas redes sociais e essa circulação produzia agitação e movimentação dos profissionais da assistência e, por conseguinte, da saúde mental. Era como se nós tivéssemos a chave para acessar essas pessoas, que provocavam medo, desespero, nojo e pavor em todos.

Pessoas que nos ajudam a enxergar os processos de (in)visibilização. Pessoas que facilmente são invisibilizadas nos grandes centros urbanos, nas grandes metrópoles, como o Rio de Janeiro, mas que ganham bastante visibilidade em territórios como o da Baixada pelo

risco que representam de contaminar a “imagem do governo”, no sentido de dar visibilidade para a falta de ações, recursos, cuidado para com essas pessoas. Não que a preocupação fosse exatamente e apenas com essas pessoas, ela até podia existir, mas a preocupação primeira e anterior, o que estava em jogo era a preocupação consigo mesmo: sua rua, sua casa, seu bairro, seu prefeito, seu governo, seu emprego.

“Esses usuários denigrem a imagem do governo”. Ouvei essa frase de uma das profissionais da assistência quando da justificativa da necessidade de responder a demanda e apelo da população para que “fizéssemos alguma coisa”. Essa frase me provocou e, de certa forma, mudou minha posição ou forma de enxergar a nossa função em estar com a assistência nesses atendimentos na rua: de fato, aquelas pessoas denigrem as ruas, a assistência, a saúde mental. O que iríamos fazer com isso?

A palavra “denegrir” foi usada pela profissional em tom pejorativo, negativo, racista. Aciono-a aqui como categoria que pode nos ajudar a analisar este fenômeno frequente naquele território, e em tantos outros Brasil afora, a partir de alguns questionamentos: qual a cor das “pessoas em situação de rua” daquele território? O que olhar para essas pessoas a partir da sua raça/cor nos ajuda na (des)construção de práticas e formas de cuidado? Ajuda-nos, portanto, a “denegrir” a Política Nacional de Saúde Mental?

A 1ª Conferência Livre Nacional de Saúde Mental da População Negra foi organizada pelo Fórum Internacional de Raça, Gênero e Equidade, da Rede Unida, e ocorreu no ano de 2023 no contexto dos preparativos para a 5ª CNSM. O tom do debate foi: “racializar a Saúde Mental”. Gabriel Godoi, um dos organizadores do evento, ao criticar a ideia de um “usuário universal do SUS”, afirma que “todo usuário tem um corpo, uma raça, um gênero. Uma forma de viver no mundo. E quando vamos pensar em políticas de saúde é preciso levar em conta que a grande maioria dos usuários do sistema são pessoas negras, principalmente, mulheres negras. E da mesma forma na RAPS”.

A Conferência contou com 1976 inscrições, aprovou 12 propostas e quatro diretrizes “todas caminhando no eixo transversal de que é preciso reestruturar e fortalecer os equipamentos da RAPS, pensando que toda entidade ou dispositivo deve se pautar pela lógica antimanicomial, pelo cuidado em liberdade e pelo antirracismo”. No vídeo de abertura da 5ª CESM, o pesquisador Paulo Amarante diz que “tratar é produzir vida”.

Logo, a política de saúde mental precisa encarar a questão racial de forma prioritária, já que, por diversos caminhos e dispositivos, a morte tem sido a forma de gerir a vida das pessoas negras neste país. Encarar a questão racial de forma interseccional. Luís Eduardo Batista (2012), em livro sobre saúde da população negra organizado por ele, Jurema Werneck

e Fernanda Lopes, afirma que “as condições de vida da população negra impactam o processo saúde, doença e morte” (p.15).

Há diversas pesquisas no território nacional que apontam para as relações entre racismo e saúde (Werneck, 2016; Oliveira, 2018; Oliveira, Cunha, Gadelha, Santos, Carpio, Oliveira, Corrêa, 2020). Com fins a construir ferramentas e mecanismos no SUS para enfrentar as iniquidades raciais, temos duas conquistas importantes dos movimentos sociais pela questão racial: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o quesito raça/cor⁴⁰.

O Estatuto da Igualdade Racial, Lei 12.288 de 20 de julho de 2010, em seu Artigo 8º inciso I, demarca a “promoção da saúde integral da população negra” e a “melhoria da qualidade nos sistemas de informações do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero” (Brasil, 2010, inciso II, p.16) como aspectos fundamentais a serem garantidos.

Diversas evidências mostram que “a população de mais baixa renda e a população negra são, de fato, SUS-dependentes” (Brasil, 2017, p. 13; IBGE, 2016), sendo a maioria do público dessa política. Nesse contexto, a PNSIPN⁴¹ foi instituída pela Portaria 992 em 13 de maio de 2009 com objetivo de “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS”.

Por meio do cuidado com a equidade, esta deve ter ações e ser implantadas nas três esferas administrativas: municipal, estadual e federal. Na seção sobre as “estratégias de Gestão” aparecem dois aspectos relativos à raça e saúde mental:

II - desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locais, sobretudo na morbimortalidade materna e infantil e naquela provocada por: causas violentas; doença falciforme; DST/HIV/aids; tuberculose; hanseníase; câncer de colo uterino e de mama; *transtornos mentais*;

⁴⁰ Portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017 do Ministério da Saúde adota o critério da autodeclaração racial, “ou seja, o(a) próprio(a) usuário(a) define qual é a sua raça/cor, com exceção dos casos de recém-nascidos, óbitos ou diante de situações em que o usuário estiver impossibilitado, cabendo aos familiares ou responsáveis a declaração de sua cor ou pertencimento étnico-racial.” (Brasil, 2017, p.9).

⁴¹ Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso: 25/04/24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso: 25/04/24.

VI - fortalecimento da atenção à *saúde mental* de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

Chama atenção o enfoque para as questões relativas para os (ab)usos das drogas, as toxicomanias. Emiliano David (2018), em pesquisa de mestrado, enfatiza as aproximações e articulações da Política de Saúde Mental e a PNSIPN, pois “ambas buscam equidade na valorização das diferenças, avaliando que o cuidado em saúde se dá no dever de atender igualmente o direito de cada um na sua especificidade” (David, 2018, p. 16).

Entretanto, o mesmo autor, na direção de outras pesquisas (Faustino, 2012; Tavares, Filho e Santana, 2020; Benício, 2022), aponta para as desarticulações entre ambas as políticas. Por quais caminhos se constroem esses (des)encontros? Faustino e Oliveira (2020) debatem sobre a invisibilidade do debate étnico-racial e colonial no próprio projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) que, mesmo num país com um projeto político e societário calcado no história da escravização, falhou em construir “dispositivo de reparação histórica, cultural e econômica, e, sobretudo, de reelaboração psíquica dessa experiência” (p.13).

“Em uma estrutura social forjada para mortificação, produzir saúde é prioritariamente criar e fortalecer condições para que vidas negras existam, que pessoas negras envelheçam como população de maneira saudável” (Benício, 2022, p.94). Em estudo de revisão bibliográfica sobre saúde mental e racismo em 15 anos (1999 a 2014), Damasceno e Zanello (2018) indicam a escassez de pesquisas com esse debate no contexto nacional, apesar das que existem apontarem para os efeitos do racismo na produção do sofrimento.

Por tudo isso, podemos afirmar que ainda é insuficiente a implementação da PNSIPN, mais insuficiente ainda a sua articulação com a PNSM, cenário que “contribui para a manutenção da hierarquia racial estabelecida pelo colonialismo” (Tavares, Filho e Santana, 2020, p.140-141). Para os referidos autores, se no século XX a política de saúde mental foi ancorada no “modelo hospitalocêntrico, patologizante e centrado na medicalização, na eugenia e no racismo científico”, no século XXI, temos a sua atualização “através das Comunidades Terapêuticas e da reinserção de hospitais como elementos centrais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, mais especificamente, no período dos governos Temer e Bolsonaro e a nível da macropolítica, das resoluções e portarias.

A nível internacional, têm-se importantes indicativos e alertas da Organização Mundial de Saúde com relação à importância de consideração do debate étnico-racial e da saúde mental. Ao passo que, no campo da micropolítica, encontramos um problema ainda grave: a subnotificação das violências raciais e a ausência ou não preenchimento do quesito raça/cor nos serviços da RAPS.

É importante considerarmos que o sucesso de uma política não se faz apenas por leis e decretos, por outro lado, sem as leis, decretos e portarias não é possível operar e fazer andar nenhuma política. Então, para cuidar do desafio crônico e grave da subnotificação na área da saúde se faz fundamental que os gestores, nos seus diferentes níveis, construam institucionalidade pela gestão, por meio de decretos, leis e ofícios que incentivem as equipes e profissionais a registrarem o quesito raça-cor, por exemplo.

Uma estratégia importante que foi utilizada no CAPS diante do dado de zero notificação registrado quanto à violência racial, quando percebia que esse dado não estava condizente com a realidade do serviço, bem como a inexistência inicial de dados sobre o quesito raça/cor, foi tirar dos formulários as opções “não informado” ou “ignorado” como forma de incentivar os profissionais a preencherem essa informação, de fato. Isso quando aparecia a informação sobre raça/cor no formulário, pois, em sua grande maioria não havia o espaço para marcação desse dado, nem mesmo nos prontuários, algo que começou a ser inserido manualmente pela equipe.

Por outro lado, estratégias de educação permanente sobre o preenchimento, autodeclaração e PNSIPN precisaram ser lançadas com estratégia, pois era muito comum que, quando o preenchimento e registro das informações ocorriam, fossem de forma pouco refletida ou que fizessem pouco sentido para os profissionais. O resultado disso? A desassociação entre o dado coletado e a qualidade da assistência prestada que segue reproduzindo violências e hierarquias raciais.

Uma das condições para o reconhecimento das demandas de uma população é que essas demandas apareçam, estejam registradas nos dados estatísticos e epidemiológicos produzidos no país. Se não há dados sobre as violências, necessidades e demandas da população negra de determinado território para a macro e a microgestão, é como se essas violências e demandas não existissem, não fossem importantes ou não tivessem valor: a produção e o uso de dados desagregados por raça/cor é condição fundamental para a construção de um acesso justo, democrático e digno à saúde pelas pessoas negras.

No território pesquisado aqui, na Baixada Fluminense, a implementação da PNSIPN reflete muito o cenário nacional, ou seja, um desconhecimento geral da política pelos atores envolvidos com a gestão e assistência em saúde e saúde mental. Existem alguns projetos mais específicos e isolados, como o suporte e atenção com relação a pessoas com anemia falciforme, mas falta de fato uma discussão mais ampliada e sólida no território.

Afinal, a articulação dessas políticas e garantia da sua implementação não passa apenas pelo quesito raça/cor, fala da importância de um olhar e uma clínica de fato ampliada

que esteja atenta aos efeitos do racismo no processo de adoecimento psíquico, por um lado, e da própria questão racial na gestão das práticas de cuidado, por outro. Com David e Silva (2018, p.3), “não se está afirmando que há um modelo específico de cuidado em saúde mental para a população negra, assim como não se considera que o efeito da violência racista sempre promoverá doenças”. Muito pelo contrário, o encontro com o evento racial (Denise, 2016) pode produzir diferentes processos e itinerários e quando da produção de sofrimento e dor, esse “não é estanque, nem irreversível” (CFP, 2017, p. 61). Contudo, operar uma política a partir de um “sujeito de direitos” universal, sem cor, sem gênero, sem classe, sem sexualidade, sem território é um modo de fazer política que produz iniquidades e violência.

Apesar do cenário desafiador e de bastante desarticulação, destaco aqui dois movimentos do ano de 2023 que trazem novas luzes para essa cena: 1) a criação da Frente Nacional de Negros e Negras da Saúde Mental⁴² e 2) a promulgação da Portaria nº 2.198 pelo Ministério da Saúde. A Frente é um coletivo de trabalhadores, usuários, estudantes, militantes e pesquisadores da saúde mental que, por meio da estratégia de aquilombamento, tem como objetivo a “construção coletiva de uma agenda para a Política Nacional de Saúde Mental que seja antimanicomial e radicalmente antirracista”.

Em sua primeira publicação no *Instagram*, no dia 17 de novembro de 2022, afirma-se: “reconhecemos que há urgência na construção de uma Reforma Psiquiátrica que seja radicalmente antirracista, uma vez que nossos corpos sempre ocuparam os hospitais psiquiátricos e ainda somos a população que mais acessa o Sistema Único de Saúde”. Por sua vez, no dia 07 de dezembro de 2023, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 2.198/2023⁴³. Trata-se da “Estratégia Antirracista para a Saúde”, uma “medida inovadora” que constrói um “mecanismo transversal para análise de todas as ações, programas e iniciativas promovidas ou apoiadas pela pasta”.

O objetivo da estratégia é “garantir a promoção da equidade étnico-racial e estabelecer que o enfrentamento ao racismo contra negros, indígenas e outros grupos minoritários estejam presentes em todas as políticas de saúde”. É um trabalho em cooperação com o Ministério da Igualdade Racial, outra aposta importante e histórica do governo Lula, sob o comando de Anielle Franco. Entre as ações definidas como prioritárias pela portaria, está a “criação de

⁴²Disponível em: <https://site.cfp.org.br/lancamento-da-frente-nacional-de-negras-e-negros-da-saude-mental-destaca-importancia-de-politica-antimanicomial-e-antirracista/>. Acesso: 25/04/24.

⁴³Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-estrategia-antirracista-para-a-area/#:~:text=O%20objetivo%20%C3%A9%20garantir%20a,no%20Di%C3%A1rio%20Oficial%20da%20Uni%C3%A3o](https://bvsms.saude.gov.br/ministerio-da-saude-lanca-estrategia-antirracista-para-a-area/#:~:text=O%20objetivo%20%C3%A9%20garantir%20a,no%20Di%C3%A1rio%20Oficial%20da%20Uni%C3%A3o.). Acesso: 25/04/24.

políticas públicas de saúde mental, tendo como perspectiva as particularidades de cada grupo étnico”.

São dois modos de fazer política diferentes, pela via estatal e pelos movimentos sociais organizados, que trazem uma institucionalidade importante para seguirmos encarando os (des)encontros e as (des)articulações entre a PNSM e a PNSIPN. Duas estratégias que se somam e complementam na direção de não nos deixarmos esquecer, por exemplo, sobre a raça/cor das “pessoas em situação de rua”, como o senhor presente na foto que abre esta seção.

A presença da saúde mental nas “abordagens na rua da assistência” passou a ter uma dupla função: estratégia de redução de danos na (des)construção de práticas e formas de cuidado antimanicoloniais e manchar e contaminar a política de saúde mental do município com o debate étnico-racial, com o olhar interseccional: “denegrir” a sua práxis, por assim dizer.

2.4 “É preciso estar atento e forte. Não temos tempo de temer a morte”: entre vestígios, imagens e desejos de salvação

Nós vos pedimos com insistência:
Nunca digam – Isso é natural.

(A exceção e a regra. Bertolt Brecht).

Em uma das quintas-feiras em que eu estava no CAPS, fui surpreendido, como num ato de sincronicidade ancestral, pela convocação de um usuário negro e gay que me “presenteou”, como ele mesmo disse, com o seguinte verso:

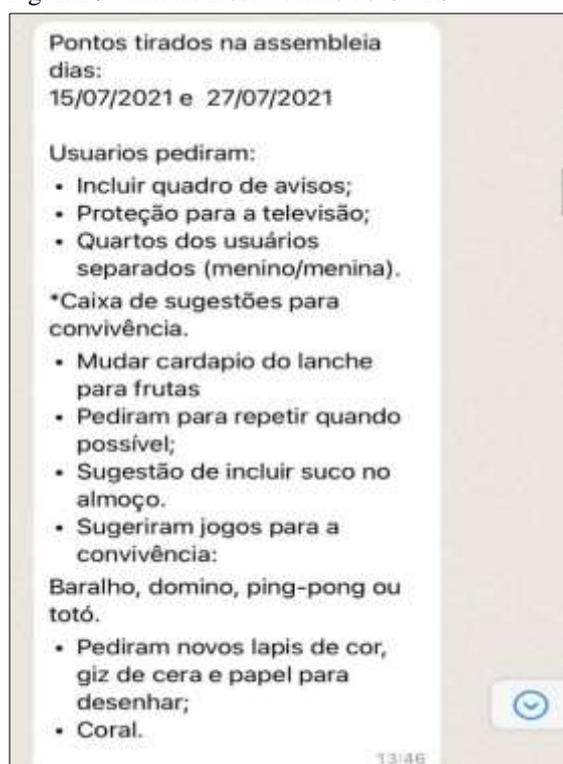
“A sociedade age com exclusão aos periféricos, eles sofrem com o desdém dos urbanos, por sua vez os periféricos agem com admiração aos urbanos. Quando cessar esse fenômeno ambos agirão com União e Prosperidade. #escrever”

Após ler seus versos fiquei pensando sobre meu corpo nessa cena. O mesmo corpo que serviu de base para as andanças pelas conferências, fóruns, audiências, documentos e políticas analisadas aqui. Esse mesmo usuário já me contou certa vez que seu pai se referiu a mim, por diversas vezes, com a seguinte frase: “acha mesmo que essa bicha vai te ajudar?”, outras vezes fui perguntado por alguns usuários, como alguém inquirir a outro: “você é viado?”, como se ser viado fosse algo ruim.

Também no ano de 2020, lembro de uma situação ocorrida quando da chegada de um novo funcionário para o CAPS, ele era técnico administrativo, jovem e inexperiente na saúde mental. Como sempre fazia da chegada de pessoas “indicadas” por algum político: estive mais próximo fazendo as orientações necessárias quanto ao horizonte ético e técnico do CAPS e

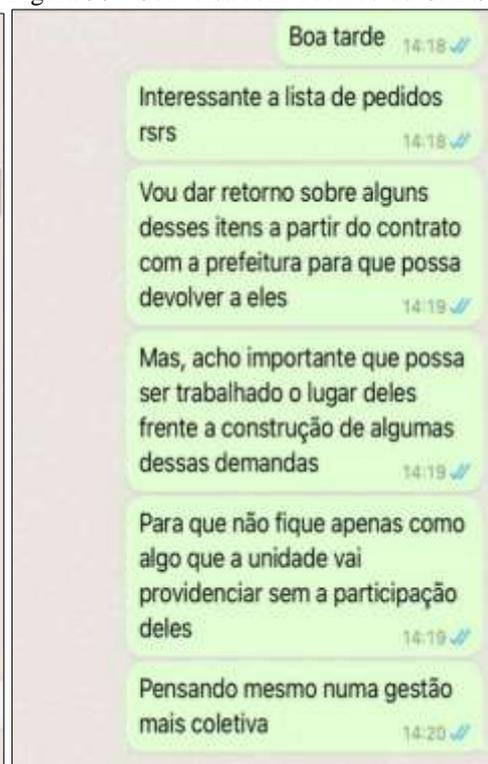
supervisionando o trabalho, num primeiro momento. Não demorou para escutar fofocas, rumores, difamações sobre a possibilidade “dele está me pegando”, numa clara menção à minha sexualidade. Atravessar esse território, os espaços da gestão, da política, os espaços de poder sendo baiano, nordestino, negro, jovem, “bicha/viado” produziu diversos afetos em meu corpo, em mim. Era desse lugar que entrava em contato com os documentos, conferências e políticas.

Figura 29 - Pautas Assembleias do CAPS



Fonte: conversas de whatsapp.

Figura 30 - Conversa com Técnico do CAPS



Fonte: conversas de whatsapp.

As imagens acima são de uma conversa ocorrida no dia 27 de julho de 2021 com um técnico do CAPS, profissional de nível superior, após a sua presença em duas assembleias com os usuários. As assembleias são importante instrumento para fazer política em um CAPS, não da ordem da “politicagem”, mas da ordem da gestão coletiva. A equipe sempre apresentava muita dificuldade e resistência em fazer com que estes espaços acontecessem, sempre precisava de muitas “lembranças” e incentivo para que acontecesse. Era um campo político que despertava afetos que a equipe queria evitar.

Bourdieu (1999, p.216) relaciona o campo político a relações de desigualdade e dominação. Em sua perspectiva, de campo como um “um microcosmo social obedecendo às próprias leis” (p.216), um espaço onde “à igualdade formal que é própria do ordenamento liberal se opõe uma desigualdade de acesso real ao campo”. Qual efeito dessas desigualdades de acesso? Em suas palavras, “há uma minoria que participa do campo e uma massa de

‘profanos’ que não encontra legitimidade social para a ação política e tende a interiorizar e naturalizar sua própria impotência”.

A “massa de profanos”, os importantes que sistematicamente são impedidos, são barrados de ocupar a cena do campo político, ficando sempre à sua margem, nos bastidores, na plateia. Muitas vezes, era assim que a equipe se comportava frente aos usuários, essa era uma questão que muito me incomodava, uma vez que não havia ainda conseguido criar mecanismos para uma gestão mais participativa e coletiva do CAPS, uma gestão que incluísse mais os usuários e familiares nas macro e micro-decisões institucionais.

Situações como essas me fazem lembrar do quanto a saúde mental, a saúde coletiva, é atravessada pela colonialidade e a produção de subalternidades, o quanto essa segue sendo uma (não) agenda? Mesmo quando do encontro com “corpos ‘outros’ que questionam a organização institucional e a matriz que orienta o pensamento nesse campo de conhecimento.” (Gonçalves, Oliveira, Gadelha, Medeiros, 2019, p.160).

Com Santos e Costa (2022, p.5), numa leitura de Weber, entende-se que “dominação é um recurso daqueles que não querem romper com a homogeneidade cultural e social – leia-se privilégios sociais (wieviorka, 1997)”. Um recurso que ganha força e possibilidade de expansão quando “determinado grupo de pessoas obedece, ou tem a probabilidade de fazê-lo, determinadas ordens, possivelmente todas” (Weber, 2004, p. 139). A crença na legitimidade, validade e autenticidade da ordem para o que a segue sem questionar é fato decisivo. No caso do CAPS, como não legitimar as “ordens” colocadas por aqueles que estão numa posição assimétrica de cuidado, e poder?

Patricia Hill Collins (2016), ao refletir sobre os efeitos nefastos das “imagens de controle”, fala do “estilhaçamento e fragmentação da identidade racial e de gêneros de pessoas negras”. Fragmentação, distorção, sequestro da própria imagem. É pela autoavaliação e autodefinição que se pode encontrar caminhos para construir “imagens autênticas sobre si mesmo” (Collins, 2016, p. 102).

Imagens de controle, dominação, silenciamento, exclusão do processo decisório de um serviço de saúde, conjunto de atos que podem ser lidos pelas lentes do que Christina Sharpe (2023) chama de “vestígio”. Em entrevista⁴⁴ ao Eduardo Lima, em novembro de 2023, na ocasião da presença, no Brasil, para a festa Literária Internacional de Paraty, a Flip, Sharpe, professora e crítica literária dos EUA, discute sobre “como o passado do povo negro teima em

⁴⁴ Disponível em: <https://diplomatieque.org.br/christina-sharpe-no-vestigio-flip-negridade-racismo/>. Acesso em: 24/04/24.

tentar definir seu presente, não sem muita resistência e luta contra o violento determinismo do racismo”, que a autora define como “o motor que move o navio dos projetos nacionais e imperiais do Estado”.

Sharpe (2023) defende que, apesar de ser escrito com enfoque sobre a América do Norte, a noção de vestígio nos ajuda a pensar no contexto brasileiro, território onde “a escravização transatlântica foi e é o desastre”, foi e é o “passado que não passou”. Ela diz: “- Eu escolhi quatro palavras – wake [vestígio], ship [navio], hold [porão de um navio], e weather [tempo], como locais da existência negra. Não como os únicos, mas sim como uma série de palavras e termos que me ajudam a entender como as pessoas negras foram posicionadas e localizadas ao redor do mundo”. Entender, pode-se dizer, sobre as imagens de controle que insistem, por meio dos vestígios que não cansam de se atualizar, de cristalizar pessoas, subjetividades e corpos. Pessoas como os usuários negros do CAPS e território que essa pesquisa olhou.

Desviat (2016) nos alerta para um dado de realidade: a visão pouco otimista da situação global atual diante da constatação de que não há um “fora dos mercados” que marcam a realidade mundial hoje. O assalto neoliberal aos aparatos de Estado, ao ter que implementar diretrizes do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial, abriram uma poderosa onda contrária à saúde coletiva, único leito possível para a saúde mental comunitária. Brecht, com muita insistência, nos pediu para nunca falarmos: isso é natural! Para que nada pareça impossível de mudar, de rever, de transformar, para que o impossível possa continuar sendo tensionado em suas fronteiras, para que possamos, numa atitude ética, política e humana, continuar dissolvendo barreiras e ultrapassando pontes.

O próprio discurso, como pontua Foucault (1996), em toda sociedade, é produzido sob determinadas regras de controle de sua aparição, organização e redistribuição. A função de tal controle é dominar que seu acontecimento se dê de modo aleatório, esquivar da sua “pesada e temível materialidade”. Dentre os procedimentos de exclusão mais familiar, ele sublinha a interdição: “sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não se pode falar de qualquer coisa. Tabu do objeto, ritual da circunstância, direito privilegiado ou exclusividade do sujeito que fala” (p.9).

Por outro lado, como a psicanálise nos mostrou, o discurso não é simplesmente aquilo que manifesta ou que oculta o desejo; é, também, aquilo que é objeto de desejo: “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por

que, pelo que se luta. O poder do qual queremos nos apoderar.” (Foucault, 1996, p. 10). Todo ato é autorizado por um discurso que o legitima.

No Seminário XVII, O avesso da Psicanálise, Lacan (1992), propõe os discursos como formas de uso da linguagem para fazer vínculo social, para se ligar ao outro e considera que é na estrutura significante que os discursos se fundam a partir da articulação da cadeia significante. Com Bueno (2011), tem-se que Lacan apresenta os discursos como uma estrutura que ultrapassa a palavra e que sustenta e define os modos de laço social.

Por tudo isso, a aposta neste capítulo foi olhar para os documentos (portarias, resoluções, leis, audiências, relatórios e afins) como discursos que (des)fazem direitos, políticas, práticas de cuidado, que (des)fazem mundos. Formas de se produzir discursos, de se fazer laço e de se engendrar lugares para a população usuária dos serviços de saúde mental, que, neste caso, reiteradamente, ainda seguem sendo colocada no lugar da ralé (Souza, 2003), dos grupos difamados (Arendt, 1999) sendo expostas a inúmeras e repetidas situações de humilhação social (Gonçalves Filho, 1998).

Grande parte das pautas trazidas pelos usuários nas oficinas, registradas nas conversas de *Whatsapp* que trouxe aqui, tocam no tema da comida e da bebida: “mudar cardápio do lanche”, “repetir quando possível (o prato de comida, lanche, café)”, “incluir suco no almoço”. Pautas/pedidos que não raramente têm como resposta situações de humilhação, de exposição do usuário ao *modus operandi* do ter que mendigar, suplicar pelo básico.

“Não queremos ceder o presente aos fascistas”, disse Christina Sharpe na entrevista supracitada. Birman (2017, p.174), ao situar o que denomina como campo do mal-estar na contemporaneidade, diz que o “mal-estar se evidencia agora nos registros do corpo, da ação e do sentimento”, pois “ficamos amesquinados como sujeitos” e “incapazes de criar mediações no mundo” (p.193). Esse cenário é um convite a estarmos atentos e fortes, pois “o contrapoder se opõe às artimanhas da fragmentação e do poder”.

Nessa direção, Benjamin e Adorno, a partir da leitura de Fernandes (2001), apontam para a fragmentação do indivíduo como aquilo que o leva a perder sua condição de sujeito e se alienar como mais uma peça da engrenagem, numa atitude que nomeia como conformismo. Para os autores, os indivíduos são envolvidos de tal maneira nesse processo de transformações sociais que perdem, em alguma medida, a capacidade de compreendê-lo e de ver sentido na existência e, conseqüentemente, na luta (Fernandes, 2001).

Se a marca do campo político é não dar condições iguais a todos para a ação política, ele também “nunca pode se autonomizar por inteiro, uma vez que, em suas lutas internas, remete permanentemente às clientelas que lhe são externas e que, em certo sentido, são

capazes de ter a palavra final nestas disputas” (Bourdieu, 1999, p.216). Contudo, como ter a palavra final, voz e vez quando se é ensinado a ficar calado, quieto ou excessivamente medicalizado?

Na luta pelas nossas independências era preciso esperança para ter coragem. Agora é preciso coragem pra ter esperança. Antes nós sonhamos uma pátria porque éramos sonhados por essa mesma pátria. Agora, queremos pedir a essa grande mãe que nos devolva a esperança. Mas, não há resposta, a mãe está calada ausente. A única coisa que ela nos diz é que ela teve voz enquanto nós fomos essa voz. O que significa que precisamos recomeçar sempre e sempre. Há que inventar uma outra narrativa, viver uma outra crença. A verdade é esta: somos nós, parentes, pátria e cidadão, numa relação alimentada grão a grão, gota a gota.

O trecho acima é do Mia Couto (2011) no livro “E se Obama fosse africano?”. Mia é um escritor moçambicano, biólogo, jornalista e participante das lutas de libertação anticolonial no país. Ele fala de luta, coragem e esperança. No campo político em que andeilhei e do qual tentei resgatar alguns pontos de parada aqui, há (in)tensas disputas pela política, pela narrativa, pela imagem sobre si, pelo cuidado, pela liberdade, pelo direito a vez e voz, pelo direito de sair da plateia e ocupar o palco.

Para Sharpe (2023), a linguagem pode nos ajudar a “dar nome e sentido ao mundo em que vivemos”. Ela chama para a conversa a poeta Natalie Diaz que, em palestra na Universidade York, Toronto, no ano de 2022, lançou as seguintes perguntas: “qual é a linguagem de que precisamos para viver agora? Sobre o que deveríamos falar quando tantas palavras existem para nos destruir?”. Poderíamos atualizá-la para: que linguagem precisamos para viver agora quando tantos documentos, dispositivos e (des)articulações existem para nos destruir?

Christina Sharpe defende que não está disposta a abrir mão de algumas palavras, mesmo que as usem contra nós. É o caso, para ela, da palavra “cuidado”. “Eu não estou muito disposta a abandonar essa palavra, mesmo que eu saiba que a maneira como tantos Estados mobilizam essa palavra em relação às pessoas negras e indígenas, é uma forma de violência”. Ainda assim, defende, “cuidado é uma palavra que representa conceitos e práticas pelos quais vale a pena lutar. Então nós continuamos tentando redefinir o que cuidado realmente quer dizer, como uma prática sustentadora, em oposição a uma prática violadora.”.

Disputar a palavra, a política, o campo. Desnortear⁴⁵ a política, a palavra e o campo. Disputar o palco, a cena principal, sair dos bastidores. Sabemos que esse campo político e

⁴⁵ “Estar “desnortado” — modo recorrente de falar do desatino e da loucura — como afirmação da diferença e da inflexão ao sul, sem perder a potência da diáspora.” (David e Vincentin, 2023, p.3).

seus *modus operandi* vêm sendo construídos, assim como os sistemas raciais, há séculos, logo, “a tarefa de combatê-los envolve esforços transgeracionais e supranacionais” (Gonçalves, 2021, p. 393). Silva e colaboradores (Silva, Barros, Azevedo, Batista e Policarpo, 2017, p.112) afirmam que “faz-se necessário que a política de saúde mental inicie discussão que vá além de recomendações de conferências”.

Diria que, somado a isso, as conferências, suas recomendações e as políticas engendradas por elas precisarão descer ao ordinário dos serviços, descer ao cotidiano micropolítico. Em todo esse tempo e andanças que trouxe aqui, havia usuários, profissionais e gestores que estavam totalmente alheios a tudo isso, que não tinham esse mundo no seu campo de visão, no seu campo de possibilidades. Na obra que abre este texto, Rosana Paulino (2017) nos provoca: “a salvação das almas?”. Trago essa provocação para o campo político da saúde mental. Os usuários e trabalhadores alheios a essas disputas, certamente, estarão mais sujeitos ao modo de fazer política pelo desejo de salvar ou desejos de ser salvo. É por essas e outras que toda clínica precisa ser também política (Bezerra Junior, 2007; Faustino, 2012; Prado, Lima e Xavier, 2019).

PARTE II - A GESTÃO DO CUIDADO NUMA PERSPECTIVA MICRO

Figura 31 - Mapa⁴⁶ Amefricanizar a Revolução Psiquiátrica Brasileira



Fonte: Mariana Viana (desenho). Ueslei Solaterrar (concepção).

⁴⁶ Convido quem estiver lendo esta tese a revisitar o desenho do mapa mundi, pg. 55, que abre a parte I desta tese. Demore-se um tempo olhando os detalhes e perceberá que o micro sempre esteve presente no macro.

3 A ZONA DE QUASE-MORTE COMO GESTÃO DO CUIDADO: ANÁLISES DAS EXCEÇÕES ORDINÁRIAS NO COTIDIANO PANDÊMICO DE UM CAPS III

“Há de existir alguém que lendo que eu escrevo dirá: isso é mentira.
Mas, as misérias são reais.”

“O maior espetáculo do pobre da atualidade é comer.”

Carolina Maria de Jesus

Figura 32 - Carolina Maria de Jesus



Fonte: reprodução.

Carolina Maria de Jesus⁴⁷, mulher negra, mineira, nascida na cidade de Sacramento em 14 de março de 1914. De família de origem pobre, não teve acesso à educação formal durante muito tempo. Sua mãe era lavadeira. Trabalhou como empregada doméstica, até se mudar para São Paulo, em 1937, quando da morte da sua mãe. Em São Paulo, seguiu trabalhando como empregada doméstica, até virar catadora de papel, ferro e outros produtos para reciclagem. Foi na favela do Canindé, zona Norte de São Paulo, que morou grande parte

⁴⁷ Disponível em: <http://www.lettras.ufmg.br/literafro/autoras/58-carolina-maria-de-jesus>. Acesso em: 26 de março de 2024.

de sua vida e de onde escreveu seus diários, memórias e denúncias sobre um cotidiano atravessado pela fome e pela dor, um cotidiano sob o peso implacável do “custo de vida”.

“Quarto de Despejo: diário de uma favelada”, publicado pela primeira vez em 1960, foi seu livro de maior sucesso nacional e internacional. Em vida, Carolina publicou ainda mais três livros: “Casa de Alvenaria” (1961), “Pedaços de Fome” (1963) e “Provérbios” (1963). Em 13 de fevereiro de 1977, a escritora morreu, por complicações da asma, em um sítio na periferia de São Paulo, “quase esquecida pelo público e pela imprensa”. Carolina foi mãe de três filhos e deixou uma obra bastante profícua, com poemas, composições musicais, outros romances e diários. Para um de seus biógrafos,

Carolina Maria de Jesus representou essa mulher, que transformou uma atitude corriqueira que é o ato de escrever, na bandeira contra a fome e a miséria, bandeira essa que tremula, como um estandarte, protegendo as cabeças dos fracos e oprimidos, dos que, como ela, envergaram a espinha para ganhar a vida, nos lixões de cada esquina, nas obras do metrô, nos garimpos, nas aberturas de estradas que, infelizmente, levaram este país para lugar nenhum. (Farias, 2020, p. 190).

Início este capítulo a partir da história e da memória de Carolina por considerar que sua obra e a sua vida nos trazem inspirações e análises importantes para olharmos para temas e territórios como o que vamos nos debruçar aqui: a Baixada Fluminense. Com o professor Antônio Carlos Souza Lima, do Museu Nacional/UFRJ, aprendi que a gestão pode ser lida a partir da ideia de gerar/produzir e de gerir/manejar. Pretende-se aqui olhar e compreender a gestão do cuidado, em seu duplo sentido de gerar e gerir (Souza, 2012).

De acordo com a perspectiva do autor, não tem como separar as duas dimensões, pois, ao gerir se está gestando, no caso, o cuidado em saúde mental. As práticas de gestão cotidiana constituem/produzem o que estão administrando. O cuidado em saúde mental, nesse sentido, é gestado e gerido a partir de práticas administrativas cotidianas. Não tem um cuidado que precede essa gestão, no duplo sentido. É justamente a dimensão socialmente produtiva das práticas de governo que ele está chamando atenção ao enfatizar o duplo sentido do termo “gestão” traduzido no par gerar e gerir.

Tal movimento será feito a partir do plano micropolítico, olhando para o processo de trabalho de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço público, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, localizado em um dos municípios da Baixada Fluminense, durante o período de 2020 a 2022, período pandêmico, portanto. Trata-se de um CAPS que, justamente neste período, estava passando por um processo de transição de um CAPS tipo II, com funcionamento apenas diurno e de segunda a sexta, para um CAPS tipo III, com

funcionamento 24 horas, todos os dias da semana, como preconizam as Portarias do Ministério da Saúde, 336/2002 e 3088/2011. Portanto, trata-se de pensar como o sofrimento que chegou até a equipe do CAPS nesse período foi gerido diante de todas as restrições impostas pela crise sanitária, política e humanitária que a pandemia representou.

Minha história com esse território e serviço começou antes dessa pesquisa. Iniciou em maio de 2018 quando terminei a Residência de Saúde Mental na UFRJ e fui trabalhar na gestão, como coordenador técnico, do então CAPS II, com o horizonte de implantação do CAPS III. Logo, a minha inserção aqui ocupa, pelo menos, uma dupla entrada: a de gestor, parte da equipe, nativo, portanto, e a de pesquisador, um ente externo, um olhar de fora. A minha posição durante o período da pesquisa foi a de um estranho familiar. Um estranho que é conhecido, que só pôde ser “de fora” (pesquisador) porque é, antes de tudo, de dentro, da casa, é “gente como a gente”.

Refiro-me ao fato dessa pesquisa ter iniciado justamente no primeiro ano da pandemia de COVID-19, momento mais crítico e difícil em termos da letalidade do vírus SARS-CoV-2. Momento em que o isolamento social era protocolo sanitário e política pública na tentativa de conter a transmissão e efeitos nefastos do vírus e infecção consequente. Então, a única possibilidade de realizar a pesquisa de campo nesse cenário e conjuntura era sendo de dentro, da casa, profissional e gestor do serviço. O que me colocou num desafio imenso de sustentar e habitar esse lugar de estranho-familiar como condição de possibilidade da pesquisa. Uma pesquisa que foi feita dentro do possível, dos limites e do viável para a conjuntura em questão.

Uma pesquisa feita a partir do olhar etnográfico e da etnografia multisituada. De um olhar, mas também de uma escuta etnográfica. De um olhar e uma escuta que tentam não naturalizar aquilo que vê e ouve. Mas, que também tenta não impor seus regimes de verdade sob os outros, seus desafios e suas possibilidades. Os dados trazidos para análise são de anotações em diário de campo, de anotações em caderno pessoal das supervisões clínico-institucional, em prontuários, relatórios, fotografias e outros registros realizados durante o período estudado.

Escolhi alguns elementos da experiência do processo de trabalho no CAPS no período supracitado para a análise da gestão do cuidado. Os elementos da experiência, que aqui nomeio como fotografias das “exceções ordinárias”, serão divididos em quatro atos. Por exceção ordinária, toma-se como referência a pesquisa da Camila Pierobon (2020) ao falar da vida cotidiana, da vida ordinária marcada não só pelo “hábito e a repetição”, mas sobretudo por “camadas de cobranças, responsabilidade, violências e devastações” (p.43).

O primeiro ato do capítulo se debruça no cotidiano do serviço durante o período pandêmico a partir de questões como: que serviço é esse e como ele se caracteriza? Qual seu público? Como lidou com as diretrizes e protocolos sanitários? Quais os desafios e potencialidades que foram experienciadas durante esse período? No segundo ato, pretende-se analisar e discutir sobre a gestão da fome no cotidiano pandêmico do dispositivo, sobre a questão dos dilemas éticos que atravessaram a equipe e do manejo quanto ao acesso à comida dentro da unidade. O CAPS oferece quatro refeições diárias para os usuários, mas não para todos, então sempre há conflitos, já que há sempre mais demanda do que recursos e, nesse caso, “refeições disponíveis”. Sempre há mais fome do que comida, portanto, decisões precisam ser tomadas com relação a quem vai comer ou não.

No terceiro ato, a discussão será acerca da questão da água e seu manejo, seja a partir da necessidade básica de beber água e matar a sede, seja por meio do acesso à água para lavar as mãos, medida fundamental na redução do contágio pelo coronavírus no contexto em que a pesquisa foi realizada; seja, por fim, através da análise do acesso ao banho na rotina do serviço. Banho aqui é entendido como condição de dignidade, humanidade e sanidade para quem “as condições de higiene”, a “apresentação pessoal” e a “aparência” fazem parte de aspectos “clínicos e critérios técnicos” a serem avaliados nas “anamneses e exames psíquicos” que compõem a “súmula psicopatológica”. O banho aqui é entendido também como um dos critérios de avaliação, em última instância, de normalidade ou patologia, de agravamento ou não do sofrimento e “quadro clínico”.

Por fim, no quarto e último ato, apresento uma proposta conceitual que chamo de *zona de quase-morte*, produção de *corpos-zumbi* e de uma *vida senescente* como categorias analíticas para refletir sobre a gestão do cuidado e da vida no cotidiano pandêmico do CAPS. Para costurar passado-presente-futuro, olharei para as práticas (anti)racistas frente ao desafio da gestão da escassez.

A análise é sobre os acessos e barreiras, mas sobretudo a partir do enfoque nos não-acessos por meio de decisões, intervenções e atos da equipe: quem pode tomar banho no serviço? Quem pode beber água? Quem pode ir ao banheiro fazer as suas necessidades básicas? Quem pode acessar o banheiro para lavar as mãos? Como gerir e manejar essas necessidades e decisões a partir da rotina institucional? Como gerir e manejar esse cuidado frente aos protocolos de isolamento e distanciamento exigidos pela pandemia? Para cada usuário, para cada pessoa que tinha a resposta positiva para algumas dessas perguntas e o acesso permitido, havia vários outros que tinham tal acesso negado. Qual o saldo dessa conta?

O manto sob o qual os atos e objetivos do capítulo é costurado é o manto dos afetos, o manto das emoções. Proponho aqui um diálogo e aproximação com a antropologia das emoções (Rezende e Coelho, 2010; Victória e Coelho, 2019; Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021). Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel (2021) nos lembram a importância das autoras Michelle Rosaldo, Catherine Lutz e Lila Abu-Lughod para o campo, sobretudo a partir da “noção de ‘contextualismo’, que indica que mais do que possuidoras de características essenciais, as emoções precisam ser interpretadas de acordo ao contexto de sua enunciação, sendo capazes de organizar ‘micropolíticas’, isto é, alterar as relações de poder nas interações” (p.11).

Os referidos autores, na organização de um dossiê sobre o tema, privilegiam as categorias “nojo, humilhação e desprezo” afirmando que tal escolha “não é fortuita, mas decorrente de constatações etnográficas que apreendemos ao longo de nossas pesquisas com sujeitos racializados, interações interétnicas, minorias sexuais e de gênero ou pessoas inferiorizadas em função de classe e território” (p.11). Junto-me a eles na aposta de que os afetos, como nojo, desprezo e humilhação, “são categorias úteis para a análise de marcadores sociais da diferença, mas sobretudo da desigualdade, porque existe um lugar social em que gênero, sexualidade, raça e classe são construídos e reconhecidos a partir de atos vexatórios e de rebaixamento” (p.12).

Olhar para tais atos vexatórios e de rebaixamentos, para os atos de acusação e difamação me interessa aqui. Farei isso a partir da aproximação e análise das “dinâmicas ou complexos emocionais” (Coelho, 2010), por um lado, e das “emoções hostis” (Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021) e “afetos hostis” (Fonseca, no prelo), por outro. Junto com Fonseca (no prelo) entendo o afeto no “sentido genérico que engloba emoções, sentimentos e sensações”. Para este texto, priorizo o par afeto/afetação.

A categoria da humilhação tem um lugar central nesta análise pelo interesse com o “resto da humanidade, no estatuto social do resto” (Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021, p.20). A humilhação é o mesmo que a abjeção? Retomo essa importante pergunta feita pelos autores. Abjeção remete à contribuição de Butler (2003) sobre certas pessoas e corpos que, por serem dissidentes da normas, estão para além dos limites da inteligibilidade, estão para além da norma, em seu exterior. Por sua vez, Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel (2021, p.24) argumentam que o “movimento coreográfico da humilhação” não é o mesmo que a abjeção, pois há diferenças entre “o ato de rebaixar e preservar um resto de humanidade e o ato de expelir o abjeto conservando dele apenas o rastro de uma identificação primitiva contra a qual o sujeito se investe”.

“A humilhação é um presente tornado castigo”, um presente que “sufoca, libera a respiração e então sufoca novamente” (Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021, p.24). Um ato de tortura, portanto. É a humilhação como estratégia de tortura e administração de certas pessoas e seus corpos. Taniele Rui (2021), ao discutir sobre o tema do complexo emocional humilhação-vergonha na experiência de usuários de crack, de pessoas em situação de rua, demonstra como tais afetos são acionados como tecnologias de governo, como modo diferencial de regulação do outro. Nesse sentido, “a autora sugere que o rebaixamento do outro é produzido não somente através de relações interpessoais, como também de formas propriamente estatais de administração (Rangel, 2020; Lago, 2019)” (Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021, pg. 24).

A proposta é trabalhar o objetivo específico de analisar em que medida o cuidado construído pelo dispositivo de Saúde Mental de um município do território da Baixada Fluminense tem operado para construir agenciamentos e outros modos de habitar o mundo para seus usuários negros. A escolha por esses analisadores (cotidiano do serviço frente aos protocolos pandêmicos, a gestão da fome, da sede e do acesso a água) está diretamente ligada a uma questão inescapável: a maioria absoluta dos usuários desse serviço é de pessoas negras, pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, como veremos a partir dos dados apresentados no primeiro ato.

Como não considerar a questão racial na gestão do cuidado para pessoas que frequentam esse serviço e vivem nesse território, com todos os atravessamentos raciais que o caracteriza, como veremos mais adiante? Como ampliar a nossa caixa de ferramentas, a nossa caixa de cuidados ofertados a esses usuários? Os recursos mais clássicos como “diagnóstico”, “medicamento/remédio/psicotrópico”, “psicoterapia” e “oficinas terapêuticas”, por exemplo, têm dado conta de responder às demandas desses usuários? A equipe tem ido além desses recursos?

Martinho Silva (2013), ao olhar para o que a Reforma Psiquiátrica brasileira produziu ao longo do tempo, dá relevo ao que chama de “tecnologias psicossociais” e “categorias antimanicomiais” para pensar nas ferramentas que fazem parte do cotidiano dos serviços como os CAPS construídos a partir do modelo da atenção psicossocial. Categorias importantes e fundamentais para a clínica cotidiana dos serviços, como “técnico de referência”, “projeto terapêutico singular”, “território” etc.

Por que será que mesmo com princípios e diretrizes que existem no “território” e na “clínica ampliada”, operadores importantes para se pensar o cuidado em saúde mental, ainda se percebe a centralidade do saber biomédico e dos saberes psis no processo de cuidado? Qual

ampliação ainda se faz necessária para a clínica ampliada da atenção psicossocial? São questões como essas que orientam e são combustíveis para os passos e análises feitas aqui.

Análises que partem de algumas premissas, como 1) o reconhecimento da dialética racial e da matriz moderno-colonial (Ferreira da Silva, 2019) como alguns dos principais operadores da nossa construção enquanto sociedade, a nossa espinha dorsal; 2) a constatação de que a ficção racial dá contorno (Passos, 2023) para a forma como as pessoas negras vivem, sofrem e morrem nos brasis, as empurrando para “o quarto de despejo” (Jesus, 2004), bem como para a forma como os traumas coloniais e cicatrizes psíquicas podem ser atualizadas em feridas (re)abertas (Kilomba, 2019); e, por fim, 3) a defesa de que a luta antimanicomial só será radical se for antimanicolonial, se for antirracista, ou seja, se desnortear sua práxis e aquilombar (David, 2022) seu horizonte.

Essas três premissas partem de um argumento central que será defendido ao longo do texto: a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira seguem sendo sustentadas a partir de bases e premissas coloniais que têm tornado insuficientes as respostas que vêm sendo produzidas no campo para o sofrimento e sua gestão enquanto loucura, doença e transtorno mental. O “inimigo” não é mais o manicômio, o “inimigo” não está apenas lá fora, ele reside também aqui dentro, entre nós, no interior da Reforma e da atenção psicossocial também. Logo, almeja-se analisar e esquadrihar alguns dos manicômios internos ao nosso campo a fim de contribuir para o desafio coletivo de não só fortalecer e ampliar a Reforma Psiquiátrica, mas o de construção de uma Revolução Psiquiátrica.

O pesquisador e antropólogo João Biehl (2016) chama nossa atenção aos “devires humanos” como oportunidades de entrar em contato com o que está emergindo, pulsando, vibrando na vida lá fora, na vida fora dos muros e teorias da academia. É com essas pistas a que ele nos convoca que pretendo adentrar na dimensão micropolítica do cuidado, acreditando que pela via “das microdinâmicas das vidas humanas” pode-se “criar rasgos e aberturas”, mesmo que pequenos, “nas macrorrealidades sociais e políticas”. É justamente sobre as microdinâmicas das vidas dos usuários, familiares e trabalhadores deste território periférico do estado do Rio de Janeiro que vou lhes contar.

É farejando as “geografias de acesso e marginalização”, “os circuitos de cuidado e solidariedade” e os curto-circuitos das barreiras e não acessos, para aqueles que ocupam as “margens do Estado” (Das & Poole, 2004), que caminharemos. Para conduzir os objetivos propostos de olhar para o cotidiano do serviço durante o período de 2020 a 2022 por meio dos analisadores supracitados, considera-se que as noções de evento crítico, ordinário e a descida da violência ao ordinário, trabalhados pela antropóloga indiana Veena Das, nos ajudarão

sobremaneira. É por meio do que a autora nomeia de ética do ordinário que pretendemos olhar para o cotidiano pandêmico do CAPS em questão.

Na obra “Vidas e palavras”, publicada no Brasil em 2020, Das nos ajuda a compreender como os eventos e o cotidiano, o extraordinário e o ordinário se relacionam, nos ajuda a entender de que forma o evento ancora-se no cotidiano, por meio de um “processo sempre delicado e precário de reconfecção do cotidiano. Na intimidade agonística do cotidiano, ordinário e extraordinário se encontram, entramados um ao outro” (Das, 2020, p. 02).

Das (1995,2020) nomeia de evento crítico um fato de dimensão social, política ou econômica que gera uma “quebra do cotidiano”, uma ruptura abrupta no curso da vida de determinado território. Ou seja, um evento crítico é um acontecimento que rompe com a gramática do ordinário e provoca tensões sociais importantes. A partir dessa chave de leitura, a pandemia de COVID-19, sem dúvida alguma, pode ser pensada como um evento crítico que provocou tensões e rupturas não apenas sociais e econômicas, mas também psíquicas e subjetivas ao alterar, muitas vezes de forma abrupta e trágica, as trajetórias e projetos de vida individuais ou coletivos das pessoas.

Como um evento crítico de dimensões mundiais, a pandemia de COVID-19 foi gerando uma série de mudanças no modo como vivemos e nos relacionamos, isto é, na dinâmica da vida cotidiana. Todo esse cenário de mudanças e rupturas tão abruptas não passaria sem deixar marcas materiais, simbólicas e subjetivas. Entre as marcas e impactos sofridos estão as marcas na saúde mental, no modo de expressão do sofrimento durante esse período. Afinal, a intensidade de uma pandemia e o grau de vulnerabilidade vivida pelas pessoas são dois fatores que influenciam no seu impacto psicossocial (Fiocruz, 2020).

Entretanto, uma questão cara para este trabalho é a seguinte: e quando o extraordinário, aquilo que seria um evento crítico, faz parte do ordinário da vida de algumas pessoas? E quando aquilo que deveria ser exceção é a regra na forma de habitar o cotidiano para alguns sujeitos? Refiro-me às violências que atravessam e estruturam a vida dos usuários do CAPS das quais iremos nos aproximar nas próximas páginas a fim de entender algumas questões: como foi possível habitar a pandemia para essas pessoas? Como foi possível atravessá-la? Qual foi o papel do CAPS e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para que essas pessoas seguissem “sustentando as condições de estar no mundo” (Das 2018, p. 548)? Um mundo que além das marcas do horror e da destruição como ordinários em suas vidas, também era um mundo pandêmico?

Em seu “Quarto de Despejo”, Carolina Maria de Jesus (2004) registra a sua triste constatação, análise e inquietação diante do seguinte fato: “as crianças ricas brincam nos jardins com seus brinquedos prediletos. E as crianças pobres acompanham as mães a pedirem esmolas pelas ruas. Que desigualdades trágicas e que brincadeira do destino”. Ou seja, não raramente, neste país chamado Brasil, sobretudo em territórios como os da Baixada Fluminense que tem muitos pontos de encontro com o território da Favela do Canindé ao qual se referia Carolina, a tragédia de ter que “pedir esmola” para sobreviver é uma “exceção ordinária” (Pierobon, 2020).

3.1 O encontro com o CAPS, a Baixada Fluminense e o cotidiano pandêmico

De qual território estou falando? O município onde está localizado o serviço de saúde mental onde foi realizada esta etnografia é um município que se emancipou em 1999, sendo o município mais novo da Baixada Fluminense e do estado do Rio de Janeiro. Sua população estimada pelo IBGE no último censo de 2022 foi de 167.127 habitantes. O nome da cidade faz referência a um proprietário das antigas fazendas que se localizavam na atual região central do município. Essa informação é bem importante porque nos serve de analisador dos modos de organização e gestão da vida política e social do município até hoje. Neste texto, tenho utilizado o nome fictício de Jacutinga para este território, por sua história com a memória indígena local.

O território onde hoje é o município era habitado pela população indígena jacutingas, apelido este dado pelos colonizadores portugueses. Entre as possíveis histórias para a origem do nome, está o fato de que a população indígena local se enfeitava com penas de jacutinga, um tipo de ave parecida com a galinha e muito comum na região na época. A maior parte dessa população foi dizimada por meio da violência colonial após uma organização coletiva de protesto, conhecida como Confederação dos Tamoios, contra os efeitos violentos da colonização portuguesa na região.

O município tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado alto (0,737), de acordo com o IBGE (2010) e a renda per capita, ou seja, a divisão de toda a riqueza da cidade pela quantidade de habitantes é de 14.796 reais e 57 centavos, segundo dados do IBGE de 2021. Contudo, não é a população que goza dos benefícios de toda essa riqueza que atendemos no CAPS. A realidade das pessoas que chegam ao serviço não condiz com a realidade forjada pelos dados estatísticos, a vida nua e crua dos usuários assistidos pela unidade e território passa longe do acesso a esta riqueza.

Resgatar a história desse território é fundamental para entendermos que a violência colonial capitalista é estrutural e rotineira por essas bandas. Eu chegava na cidade por meio dos trens da Supervia a partir do ramal Japeri. Percorrer os trilhos do trem povoado por pessoas negras, pobres, mulheres, crianças e idosos com o trabalho precarizado de ambulante foi me dando uma certeza: a Baixada está tão perto, mas ao mesmo tempo tão longe da cidade do Rio de Janeiro quando se trata de alguns assuntos, como a questão da gestão pessoal e particular da coisa pública e a influência direta da vida político-partidária no processo de trabalho dos serviços pertencentes ao SUS, por exemplo. A sensação que tenho é que estou em alguma cidade do interior do Nordeste, do interior da Bahia, como a minha cidade natal Alagoinhas, onde a lógica clientelista, coronelista e assistencialista segue viva, atuante e ilesa.

Sigo o argumento da antropóloga Alessandra Barreto (2009) para quem “a política na Baixada Fluminense não pode, de modo algum, ser entendida à parte das representações sobre o lugar” (p.19). Para a autora, “as práticas necessárias para perpetuar-se no mundo político da Baixada remetem ao assistencialismo/clientelismo de um lado e/ou ao sistema de visibilidade/marketing político, de outro” (p.30). Logo, trata-se de um lugar e território marcado pela lógica do imbricamento entre violência e prática política (Barreto, 2004).

Karina Kuschnir (2000), no livro “O cotidiano da política”, nos ajuda a complexificar a noção de clientelismo na política, mais especificamente na região suburbana e periférica do Rio de Janeiro. Ela mostra como os políticos atuam como mediadores entre o território local, as pessoas e suas necessidades, e os diversos níveis de poder. Num fluxo de trocas regulado pelas obrigações de dar, receber e retribuir, o que Mauss (1974) chamou de “lógica da dádiva”. Segundo essa autora, as pessoas que participam dessas redes, seja como eleitores, seja como políticos, nunca concordariam com os acadêmicos que classificam suas ações como mero “clientelismo”. Do ponto de vista “nativo”, os políticos não estão privatizando bens públicos (para usar uma definição clássica de clientelismo), mas dando acesso a bens e serviços públicos a pessoas que não os teriam de outra forma. Neste contexto, a palavra “público” não significa “recursos que pertencem a todos”, mas “recursos monopolizados pelas elites políticas e econômicas”.

Nesse cenário de vulnerabilização psicossocial estrutural engendrada a muitas mãos, cabe nos perguntarmos: qual o lugar da Saúde Mental? O coletivo de gestão da saúde mental local vem fazendo um importante trabalho de qualificação, ampliação e fortalecimento da rede local, mas não podemos esquecer quem são os usuários do SUS, ou mais especificamente, os usuários dos serviços públicos de saúde mental no Brasil. Os chamados “usuários de saúde mental” ou “usuários do serviço” que atendemos no CAPS são “usuários”

com raça/cor, gênero, classe e território muito definidos. São pessoas, em sua grande maioria, pobres, negras e moradoras da periferia que é a Baixada.

No município em questão, 62,17% das pessoas são negras (IBGE, 2020). Ao olharmos os dados sobre segurança pública e violência de estado no município por meio do índice de letalidade da ação policial, entendemos que se trata de números altíssimos, colocando-a entre as cidades brasileiras onde a polícia mais mata. 62% das vítimas letais da violência policial em 2020, por exemplo, eram pretas ou pardas, de acordo com os dados do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. Ao olharmos para a Baixada como um todo, notamos que esta apresenta taxa de letalidade superior a cidade e estado do Rio.

Portanto, os usuários dos CAPS e seus familiares são pessoas que vivem num território com essas características tendo que lidar direta ou indiretamente com seus efeitos, inclusive na gestão do sofrimento e saúde mental. O Fórum Grita Baixada, no primeiro boletim sobre “Racismo e violência na Baixada Fluminense” (2021, p.02), defende “que o debate sobre raça/cor deve atravessar e estruturar toda discussão sobre violência, segurança pública e direitos humanos no Brasil, no Rio de Janeiro e em especial na região da Baixada que é majoritariamente negra”. Nessa mesma direção, defendo que não há discussão possível sobre saúde mental nesse território sem ter a questão racial como questão transversal.

Os usuários do CAPS em questão são pessoas com diagnósticos de “transtornos mentais graves, severos e persistentes” como nomeiam as portarias 336/2002 e 3088/2011 do Ministério da Saúde. São pessoas que vivem sempre na iminência de voltar a serem expostas aos horrores e genocídio provocado pelos manicômios, instituições totais (Goffman, 1987), instituições de morte como o hospital colônia de Barbacena⁴⁸, Minas Gerais, onde milhares de pessoas, em sua grande maioria pessoas negras, sucumbiram de frio, fome, tortura e doenças curáveis, naquilo que foi chamado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia de “holocausto

⁴⁸ “O Hospital Colônia de Barbacena foi um hospital psiquiátrico fundado em 12 de outubro de 1903 na cidade de Barbacena, Minas Gerais. Fazia parte de um grupo de sete instituições psiquiátricas edificadas na cidade que, segundo alguns, recebeu o epíteto de “Cidade dos Loucos”, por esse motivo. A instituição tinha sido fundada em 1903 com capacidade para 200 leitos, mas contava com cerca de cinco mil pacientes em 1961. Estima-se que cerca de 70% dos pacientes não tinham diagnóstico de qualquer tipo de doença mental. No período em que houve o maior número de mortes, entre as décadas de 1960 e 1970, o que acontecia no hospital chegou a ser chamado de “Holocausto Brasileiro”. Estima-se que pelo menos 60 mil pessoas tenham morrido no Hospital Colônia de Barbacena.”. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/holocausto-brasileiro-50-anos-sem-punicao-hospital-colonia-barbacena-mg/#axzz3SrPEAfT5>. Acesso em 24/06/2020 e https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_Col%C3%B4nia_de_Barbacena. Acesso em 24/06/2020. O livro da jornalista Daniela Arbex, “O holocausto brasileiro”, é uma referência para contar essa história.

brasileiro⁴⁹” (Arbex, 2013) por matar mais de 60 mil pessoas. Mais de 50 anos depois, ninguém foi punido por este genocídio.

As pessoas que são atendidas pelo CAPS são pessoas cuja realidade é muito próxima à de dona Cleonice Gonçalves, mulher negra de 63 anos que morava em Miguel Pereira, a 120 km do seu local de trabalho como empregada doméstica no Leblon e foi o primeiro caso de morte por Covid-19 notificado no estado do Rio de Janeiro. Descobri seu nome e um pouco mais sobre a sua história de vida apenas ao ler um lindo texto da pesquisadora Flávia Souza (2020) intitulado “O dia em que a vida parou. Expressões da colonialidade em tempos de pandemia”. Para pessoas como Cleonice e os usuários do CAPS desse território que são vistas e tratadas como sub-gente, como a ralé brasileira como nos informa Jessé Souza (2009), cabe sempre os restos, as sobras, se sobrar.

3.2 Do CAPS II ao CAPS III: a caracterização do serviço

Figura nº33 – Convivência CAPS III



Fonte: arquivo pessoal.

Figura nº34 – Clínica Andarilha



Fonte: arquivo pessoal.

As imagens acima são do cotidiano pandêmico do serviço, a primeira é de um atendimento realizado por um profissional da equipe de enfermagem com um usuário por meio do recurso da música no espaço do serviço dedicado à convivência, esta entendida como importante tecnologia psicossocial para um CAPS. A segunda imagem é de dois profissionais

⁴⁹ Vários autores e autoras nomearam esse período como o “Holocausto brasileiro”. Contudo, a professora Rachel Gouveia (2018), numa crítica precisa e fundamental, ao discutir sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira a partir da perspectiva racial nos coloca a seguinte pergunta: “Holocausto ou Navio negreiro?”.

da equipe técnica do CAPS e uma assistente social da equipe da assistência social, intitulada de “equipe de abordagem na rua”, um enfermeiro e uma oficinaira, numa tentativa de atendimento a um usuário que estava em situação de rua e, de acordo com a equipe do programa da assistência, “estava agressivo, negando contato com a equipe e causando na rua e incomodando os moradores do bairro”. Tratava-se de um usuário negro, idoso, em condição de importante precarização de condições de cuidado, bastante emagrecido, com quem foi possível conversar e propor cuidados a partir do CAPS e, posteriormente, na rede da atenção básica e assistência social, a partir da aposta no vínculo e acolhimento a ele.

O CAPS existe desde 2005 nesse município com o mandato de acolhimento à crise como CAPS II, ou seja, com funcionamento de segunda a sexta, das 8h às 17h. Para atenção à crise para casos mais graves recorria-se à UPA local, com dificuldades importantes de diálogo, rede e emergências psiquiátricas de territórios vizinhos, sobretudo Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São João de Meriti. Desde julho de 2022, após obra de cerca de dois anos e que nos levou a dividir o espaço físico com o CAPSad por cerca de dois anos em condições de bastante precariedade de recursos e espaço físico, foram iniciadas as atividades do serviço como CAPS III, ou seja, com funcionamento 24h, todos os dias da semana, com 09 leitos de acolhimento noturno para atenção à crise.

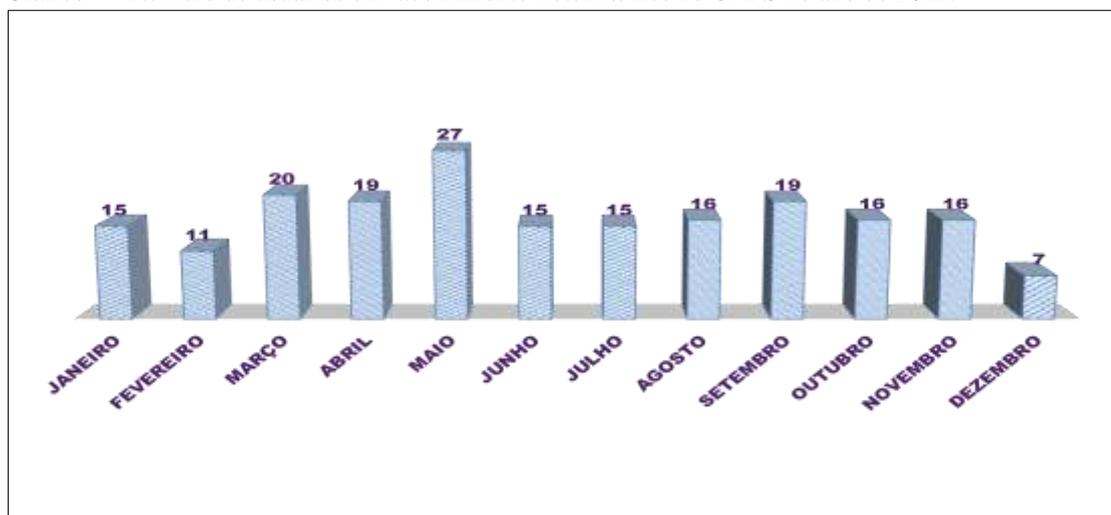
A mudança para CAPS III foi fundamental para a ampliação e qualificação da assistência aos usuários, pois passamos a utilizar os leitos de acolhimento noturno, projeto terapêutico intensivo diário no serviço e acolhimento em terceiro turno, incluindo os finais de semana. Logo, não sendo mais preciso recorrer a outros municípios para o cuidado mais intensivo em situações de crises e com redução quase a zero de internações em hospitais psiquiátricos, os casos que ocorreram diziam respeito a situações muito específicas que envolviam a ida espontânea do usuário ou família a alguma emergência do Rio de Janeiro, geralmente a do Hospital Municipal Philippe Pinel, ou de pessoas do município que não eram usuárias do serviço e estavam chegando pela primeira vez a partir da articulação do hospital psiquiátrico com a equipe.

Ter, portanto, um CAPS III para suporte na atenção à crise durante a pandemia foi fundamental, inclusive como estratégias de redução de danos para a positividade de COVID-19, já que o manicômio, o hospital psiquiátrico, era um local de risco de maior exposição à transmissão, tomando como ponto de partida a questão da contaminação por aerossóis.

Em 31 de dezembro de 2022, período desta pesquisa, o serviço tinha 668 usuários em acompanhamento regular, sendo que 12 eram moradores dos dois Serviços Residenciais Terapêuticos disponíveis. Nesse mesmo período, o número de usuários do território com

internação psiquiátrica foi de 1,5%, com média de permanência de 03 dias. Dados que seguramente só foram possíveis devido a implantação do CAPS III. Abaixo segue o gráfico do número de usuários em acolhimento noturno no serviço no ano de 2022.

Gráfico 4 - Número de usuários em acolhimento noturno/mês no CAPS no ano de 2022.



Fonte: autor

No ano de 2022, o serviço teve um total de 196 pessoas em acolhimento noturno, sendo que algumas delas permanecem um tempo maior do que 14 dias no acolhimento. Este é um dispositivo de cuidado para atenção à crise. Portanto, muitas dessas pessoas provavelmente teriam ido para emergências e hospitais psiquiátricos caso não houvesse o CAPS III no município. O CAPS é um serviço de porta aberta, onde não se necessita de encaminhamento para ser atendido e avaliado. Todo usuário que chegar será acolhido e a demanda será avaliada. Para casos que não estão dentro desse perfil preconizado para este tipo de serviços, pessoas com sofrimento grave, realiza-se articulação e encaminhamentos para a rede local, sobretudo ambulatório de saúde mental e atenção básica.

Utiliza-se como estratégia de cuidado o acompanhamento no território e articulação com a rede formal e informal de cuidado, o atendimento em grupos e coletivos, o fortalecimento dos laços comunitários e familiares, matriciamento da atenção básica, oficinas terapêuticas semanais, projeto terapêutico singular em diferentes intensidades, visitas domiciliares etc. O serviço tem uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por 51 profissionais (no CAPS II éramos 13) e todo usuário do serviço tem profissionais que são seus técnicos de referência, ou seja, responsáveis pela direção e acompanhamento do seu cuidado.

Ao olhar para a equipe, percebe-se os processos de divisão sexual e racial do trabalho. A maior parte da equipe é composta por mulheres, numa clássica associação do feminino com

as dimensões do cuidado⁵⁰. Geralmente são essas mulheres que ficam encarregadas com o trabalho do cuidado cotidiano como o banho, higiene pessoal, as roupas dos usuários, a organização das festas temáticas, organização de lanches e comidas para a própria equipe etc. Por outro lado, a divisão racial aparece ao nos perguntarmos: qual a cor dos profissionais que atuam na limpeza? E os vigias e porteiros? E os profissionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos (sobretudo cuidadores, vigia e equipe de limpeza)? Qual a raça dos técnicos de enfermagem? Trata-se de uma equipe com grande maioria de pessoas negras, mas nitidamente percebe-se que os médicos, por exemplo, são brancos, bem como outros profissionais de nível superior, ao passo que mais comumente pessoas de nível médio e técnico são majoritariamente negras.

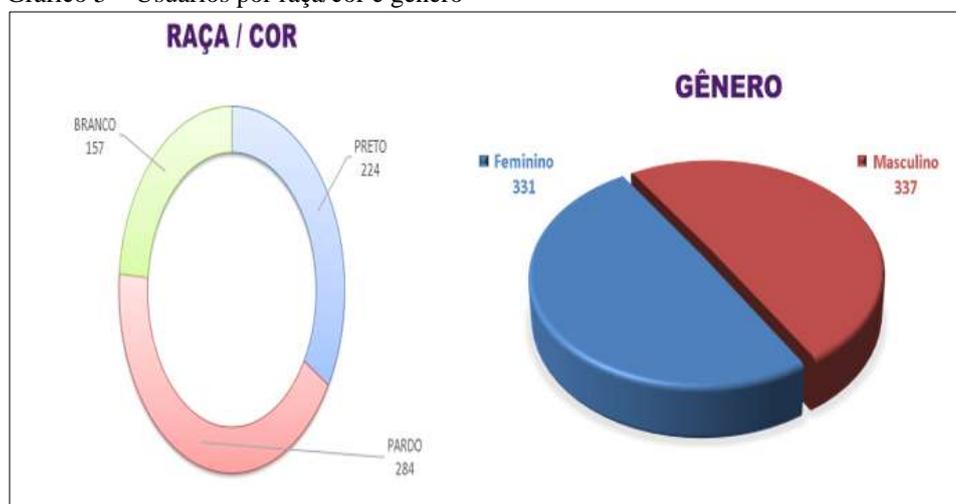
Destaca-se que o acolhimento noturno serve de suporte para toda a rede local, sobretudo os serviços que compõem a RAPS (CAPSad, CAPSi e ambulatório de saúde mental) e vem sendo referência importante para os municípios da Baixada Fluminense diante da precarização da rede da Baixada e ausência de outros CAPS III em funcionamento integral na região. Em diversos momentos, precisei tomar decisões que dividia a equipe quanto a acolher ou não um usuário de algum dos municípios vizinhos já que em saúde pública trabalhamos com a direção de atendimento a partir do endereço e território. Em algumas dessas situações, precisei bancar o acolhimento por entender que, em certos momentos, faz-se necessário ampliarmos a noção de território a fim de produzir acesso.

Em muitas dessas decisões, precisei me guiar pela categoria “Baixada Fluminense” como referência para o endereço do usuário do que o fato de não morar no município em si. Em todas as vezes, parte da equipe recebia com certa tensão e questionamento tal decisão, mas, a partir do trabalho de articulação e implicação da rede do município de origem, era possível construir o sentido de tal decisão e aposta. Em certos casos, tínhamos uma maior dificuldade para dialogar e articular com o município de origem do usuário ou com este seu familiar que queriam que a continuidade do acompanhamento se desse mais próximo ao local onde residiam, mas, ainda assim essa me parece ser uma aposta necessária para o enfrentamento das barreiras vivenciadas pela rede da Baixada. Afinal, antes de ser de um serviço ou outro, de um município ou outro, o usuário é do SUS.

⁵⁰ Para maiores aprofundamentos, ver: “Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro” (Vanessa Andrade, 2023); “Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino” (Rachel Passos, 2016); Luta antimanicomial, feminismo e interseccionalidades: notas para o debate” (Rachel Passos e Melissa Pereira, 2017) e “Mulheres e Reforma Psiquiátrica Brasileira: experiências e agir político” (Melissa Pereira, 2019).

Em termos de caracterização dos usuários atendidos pelo serviço a partir de dados sociodemográficos e do perfil epidemiológico desses, tem-se, com relação à raça-cor, 77% de pessoas negras (43% pardas e 34% pretas) e 23% brancas. Chama atenção a ausência de pessoas indígenas, sobretudo pelo histórico desta população com esse território. Com relação ao gênero, destaca-se a hegemonia de pessoas cisgêneras, entre os 668 usuários ativos, apenas uma se declarou como uma mulher trans no período estudado e nenhuma se declarou não-binária. Uma questão analisadora e um desafio importante para o campo da atenção psicossocial, como discutido por Solaterrar (2020) sobre ausência de pessoas trans nos serviços da RAPS.

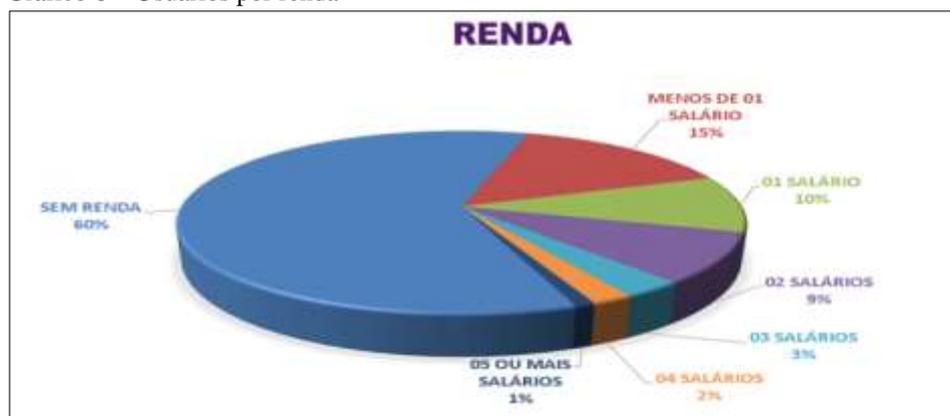
Gráfico 5 – Usuários por raça/cor e gênero



Fonte: autor

Quanto aos dados de trabalho, emprego e renda: dos 668 usuários, apenas 80 estavam trabalhando. 30% dos usuários recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC), 28% recebiam o chamado “auxílio Brasil” na época e 7% eram aposentados, sendo que quanto a faixa etária, 50% tinham entre 30 e 59 anos, 35% entre 18 e 29 anos e 15%, entre 60 e 81 anos.

Gráfico 6 – Usuários por renda



Fonte: autor

Ou seja, os dados dos usuários do serviço nos mostram o quanto se trata de pessoas marcadas por processos de intensa vulnerabilização e precarização da vida, pessoas com sinais de um sofrimento grave, mas também com sinais e sintomas das desigualdades e violências que nos marcam enquanto povo e nação. Pessoas marcadas, portanto, não apenas pelo “sofrimento psíquico”, “transtornos mental grave, severo e persistente”, mas também pelo sofrimento social (Kleinman, Das e Lock, 1997) e pelo sofrimento encruzilhado (Solaterrar, 2020).

No final de 2022, a equipe estava se organizando para o *accountability* que aconteceria pela primeira vez no município. Este é um instrumento utilizado no campo da gestão e administração pública, do ambiente organizacional e corporativo para prestação de contas, a “responsabilidade por resultados” e a transparência das ações dos serviços públicos para a sociedade (Pinho, Sacramento, 2009; Pacheco et al., 2020). Portanto, algo que pode ser utilizado de forma bastante alinhada com a lógica empresarial e de mercado. No município do Rio de Janeiro, os serviços da atenção básica e saúde mental já vêm tendo essa prática anual há um tempo. Contudo, no município onde estava situado o CAPS que eu coordenava, a proposta de implantar essa prática de apresentação anual dos principais dados produzidos pelos serviços da saúde mental partiu de uma aposta da coordenação de saúde mental em dar visibilidade ao trabalho da saúde mental a partir de critérios e dados construídos por nós e que atendessem às nossas especificidades.

Nesse contexto, no final de 2022 apliquei a chamada “matriz swot” na supervisão clínico-institucional a fim de fazermos uma espécie de diagnóstico institucional de forma coletiva acerca dos nossos principais pontos positivos (forças e oportunidades) e negativos (fraquezas e ameaças), levando em consideração fatores internos e externos à unidade, como

previsto nessa matriz que é uma ferramenta de gestão para realizar tal diagnóstico. Abaixo apresento o resultado do diagnóstico realizado na ocasião.

Tabela 4 – Matriz SWOT

Fatores Internos		Fatores Externos	
Forças		Positivo	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> -Equipe Multiprofissional: com olhar interdisciplinar; -Espaço físico; -Funcionários em sua maioria municipais do município: conhece o território; -Atenção à crise em tempo integral por sermos um CAPS III; -Matriciamento e articulação com a rede intersetorial (justiça, atenção básica, assistência social, etc.); -Cuidado com familiares dos usuários; -Carro disponível facilitando a busca ativa e visita domiciliar; -Disponibilidade de telefone no serviço; -Ações de educação permanente; -Supervisão clínico-institucional. 		<ul style="list-style-type: none"> -Medicamentos disponíveis na rede e com diversidade de opções; -Disponibilidade e diálogo com a rede; -Suporte da coordenação de saúde mental e parceria com os outros serviços da rede de saúde mental; -Alta cobertura de atenção básica e rede que vem se fortalecendo cada vez mais com a presença do Cnar, por exemplo; 	
<ul style="list-style-type: none"> -Uso do prontuário eletrônico de forma contínua; -Enfraquecimento do trabalho em grupo e em alguns territórios após a pandemia; -Necessidade de ir além do trabalho de atenção à crise e manutenção do cuidado longitudinal dos usuários; -Atenção ao acompanhamento clínico de saúde geral dos usuários; -Comunicação entre a equipe: amadurecer a pessoalização do processo de trabalho. 		<ul style="list-style-type: none"> -Prontuário eletrônico específico para a saúde mental: sigilo, SOS, prescrição; -Equipe de Manutenção: priorizar o CAPS por sermos 24h; -Reposição de ASG e vigia nas férias e licença; -Alimentação: aumentar recursos, melhorar café, almoço e lanche; -Desconhecimento de parte da rede sobre perfil da saúde mental: recorrer ao CAPS como emergência e abrigo, por exemplo; -Contratação e desligamento de profissionais sem base em critérios e avaliação técnica; -Vínculo da equipe de nível superior: não ser CLT com férias remuneradas, por exemplo e falta do cargo de gestão no organograma da SEMUS; -Compreensão da rede sobre importância e priorização do matriciamento em saúde mental. -Presença Crescente das comunidades terapêuticas no território. 	
Fraquezas		Ameaças	
Negativo			

Fonte: autor

Chama atenção o duplo movimento de valorizar aspectos importantes entendidos como forças internas ao serviço, ao passo que as ameaças externas também se destacam nesse diagnóstico. Não por acaso, essas foram as sessões com mais pontos levantados pela equipe. Algo que reflete muito o cotidiano de processo de trabalho do serviço, onde a todo o tempo tínhamos que gerir, mediar e sustentar um trabalho constantemente tensionado pelas ameaças externas, seja pela precarização dos vínculos trabalhistas, pelo desconhecimento da rede sobre saúde mental e RAPS, pela expansão das comunidades terapêuticas ou, no contexto da pesquisa, a pandemia de COVID-19. Uma das ameaças constantes e que era sempre

vivenciada como um fantasma por toda a equipe era a possibilidade de demissão pelos acordos e conchavos políticos.

Fotografias de Exceções Ordinárias

Dezembro de 2020, sexta-feira final da tarde, pandemia de COVID-19, recebo uma mensagem no grupo da gestão da RAPS do município em que trabalho com uma lista de demissões enviada pela OS que faz a gestão dos serviços a pedido da secretaria de saúde. Na lista do CAPS III de que era diretor, havia 17 pessoas a serem demitidas. Sete profissionais de nível médio e contratados por CLT e 10 profissionais de nível superior e com contrato de prestação de serviço, logo sem acesso a nenhum direito trabalhista formal além dos dias de férias, sem vencimento além do salário base, garantidos apenas porque eu bancava enquanto diretor, mesmo sem a secretaria saber. Minha missão: ligar para cada um dos profissionais e avisar sobre a demissão. O motivo formal: enxugamento do quadro. Motivo real: pagamento de favor aos vereadores ligados ao prefeito que precisava colocar profissionais indicados por eles. Observação: 80 por cento dos profissionais da lista eram as pessoas que tinham formação e experiência na RAPS, na saúde mental.

O que tal fotografia do cotidiano de trabalho na RAPS nos diz sobre os seus desafios micro e macropolíticos? Em que medida essa era uma exceção na nossa rotina de trabalho? Resgato essa fotografia por considerá-la um exemplo típico da engrenagem bionecropolítica a que estávamos submetidos no território em questão. Durante meu período de trabalho na unidade, tive que realizar esse gesto de demissão por motivos políticos algumas vezes, mas, mesmo quando não tínhamos uma notícia concreta de uma lista de demissões, ela se fazia presente na fantasia, fantasma e ruídos que circulavam pelos corredores e produzia afetos muito negativos em toda a equipe (medo, ansiedade, insegurança, persecutoriedade etc.).

Eu mesmo fui demitido no final de janeiro de 2022 após o subsecretário de saúde tomar conhecimento que, entre outras coisas que chegavam sempre em tom de fofoca para ele, eu “estava dando férias para profissional de nível superior” e “permitindo que o médico vá trabalhar de bermuda” durante o verão. Fiquei cerca de uma semana afastado do serviço, até que, por meio das mediações de parte da equipe, já que eu não tinha nenhum “padrinho ou contato político”, fui chamado para uma reunião com o irmão do prefeito, atual deputado estadual pelo RJ, e que assumia grande parte das decisões estratégicas para a gestão municipal. Como resultado de tal reunião e após eu justificar certos atos e decisões, bem como demonstrar o trabalho que vinha sendo realizado, retornei ao serviço. Ato este que foi de encontro à decisão anterior do subsecretário e prefeito.

Esse momento, sem dúvida alguma, foi um dos mais difíceis da minha passagem pelo serviço, momento no qual pensei muito sobre os meus afetos e os processos de humilhação

que certas gestões e formas de atuação do estado nos colocam. Inúmeros ruídos, afetos e consequências foram produzidos a partir deste evento, entre eles uma questão que já me acompanhava, mas que ganhou contornos ainda mais intensos: o que ainda estava fazendo ali? O que me fazia seguir mesmo com todo aquele cenário de precarização e humilhação cotidianas? Cerca de um ano depois estava me afastando para o doutorado sanduíche e não retornaria mais ao serviço na condição de trabalhador/gestor. Sem dúvida alguma, os afetos, emoções hostis e suas micropolíticas (Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021) fizeram a gestão de tal ato.

Figura 35 - Meme “A volta por cima”



Fonte: colagem equipe CAPS III

Esse meme foi produzido por alguns colegas e enviado no grupo da equipe do CAPS minutos após a minha conversa com o “irmão do prefeito”. Era uma clara ferramenta, uma arma direcionada a “certas pessoas da equipe” que supostamente haviam “feito a minha caveira” para o prefeito. Um instrumento de provocação, um objeto representativo da “vitória da batalha” na guerra que estava colocada. Em meus afetos, prazer não era a palavra que melhor definiria o sentimento com o retorno. Cerca de um ano depois estava me afastando para o doutorado sanduíche e não retornaria mais ao serviço na condição de trabalhador/gestor.

Eram afetos produzidos pela gestão bionecropolítica do modo de governabilidade local que tinha efeitos diretos no modo de sociabilidade e atuação da equipe na ponta. Era o macro e o micropolítico se encontrando em cada ato e gesto da equipe. Por exemplo, muitos profissionais diante desse contexto de insegurança constante acabavam por manipular e jogar com isso, seja “alegando ter informações privilegiadas sobre a lista de demissões”, seja pela afirmação de ter um padrinho político que lhe dava imunidade e segurança de que não seria

demitido. Ou seja, uma atuação “megalomaniaca” se fazia presente a todo o tempo como modo de se defender e seguir sendo possível seguir naquela equipe para alguns.

Por tudo isso, esse registro que a fotografia resgata aqui é de uma exceção ordinária, sobretudo durante o período pandêmico, pois logo em abril de 2020, primeiro trimestre da pandemia, fomos surpreendidos com a notícia de que toda a rede de saúde mental teria a redução de 2/3 da carga horária e do salário. Ou seja, a equipe de nível superior que já é contratada por meio de um vínculo super precário passaria a receber mil reais apenas por mês. A justificativa? O município precisaria investir no enfrentamento da Covid-19, como de fato fez e se tornou uma certa referência na região. Mas, a questão que fica é: por que sacrificar justo a saúde mental num momento de crise de todas as ordens como a que estamos enfrentando? Por que colocá-la no lugar de resto? Para responder a essa pergunta é importante lembrar que estávamos num ano de eleições municipais. A partir desse contexto, a resposta é uma frase que costuma ser repetida algumas vezes no senso comum e que faz parte de um imaginário restrito sobre a loucura que diz que: “louco não vota”. Se for louco, preto, pobre e morador da Baixada Fluminense, então.

Quem vai lembrar daqueles e daquelas que sempre foram intencionalmente esquecidos durante uma pandemia, uma crise sanitária, humanitária e político-econômica com dimensões mundiais como a que enfrentamos? Essa questão ficou ecoando em mim desde o início da pandemia e desde que tive contato com as recomendações sanitárias para a contenção da propagação do vírus.

O CAPS é por definição um local de atenção à crise. Um local de construção e intensificação de cuidados em saúde mental. Mas, acima de tudo, deve ser um local de coletivização da vida, um local onde as atividades em grupo, em coletivo, devem ganhar centralidade. Ou seja, o modelo de cuidado clássico baseado nas consultas individuais e ambulatoriais deve dar espaço ao trabalho por meio das oficinas e coletivos (de música, artesanato, geração de emprego e renda, as rodas de conversa, os grupos de familiares), enfim, as trocas em grupo e no espaço que chamamos de convivência que é o local do serviço para simplesmente se estar, um local protegido onde se pode ser quem se é, onde se pode chegar um dia “muito estranho”, outro “muito louco” e ser acolhido sem ser julgado, apontado ou violado em seu direito de ser humano.

Seguindo as recomendações sanitárias para o controle do coronavírus, uma das primeiras ações foi reduzir justamente aquilo que é a alma de um CAPS: as atividades em grupo e este espaço de convivência. Bem como priorizar o acesso ao serviço às “pessoas que estavam em crise”. Mas, o incômodo sempre voltava: de que crise estamos falando? a crise

psíquica, psicopatológica? Para onde iriam aquelas pessoas que não estão com sinais e sintomas de uma “crise psíquica”, mas que estão com sinais e sintomas de uma crise psicossocial? Para onde vão aqueles que estão acostumados a estar no serviço porque lá, não raramente, é o único lugar no território inteiro onde se pode estar, onde se pode ser acolhido, recebido e tratado como qualquer pessoa deveria ser tratada: com dignidade e respeito? O único espaço onde podem ser vistos e tratados como gente?

Portanto, a “crise psíquica”, a crise que aparece no corpo por meio dos sinais e sintomas catalogadas pelos saberes psis e da psicopatologia, de um lado, e a “crise sanitária” da pandemia de COVID-19, por outro, darão conta de incluir as pessoas que estão enfrentando uma crise que é estrutural, ordinária e cotidiana em suas vidas: a crise psicossocial? Foi imbuído desses incômodos que pensamos desde sempre que para ser possível gerir um sofrimento que é gestado a partir de diferenças e marcadores sociais que são vividos enquanto desigualdades, seria preciso nos aproximarmos das diretrizes técnicas e sanitárias com cautela e adaptação ao nosso contexto, àquele território. Senti que precisávamos construir uma espécie de saber localizado, como nos informa Donna Haraway (1995), sobre a pandemia que levasse em consideração as especificidades do público atendido e acolhido pela saúde mental e a Rede de Atenção Psicossocial.

Nessa direção, a aposta foi construir uma adaptação das regras sanitárias construídas para serem aplicadas universalmente a partir de um certo lugar de classe, de um certo modo de viver centrado na classe média e rica eminentemente branca dos países ao redor do mundo, com seus privilégios, para um saber que levasse em conta as necessidades dos usuários do serviço e o lugar que o serviço ocupa em suas vidas, ou seja, se fez necessário apostar num saber localizado no sentido de um saber que fizesse sentido para aquele contexto, não para uma pandemia universal, sem classe, sem cor, sem gênero e território, mas uma pandemia num contexto de “epidemias sociais” historicamente negligenciadas: como a epidemia do genocídio dos jovens negros pela polícia, a epidemia das violências arbitrárias de entes do estado, a condição de pobreza extrema, a falta de recursos e direitos básicos para a garantia da vida como água, saneamento básico, moradia, renda e emprego etc.

Pensando nesse contexto, foi preciso recorrer à noção da redução de danos, política pública que direcionava a atenção às pessoas que fazem uso abusivo e prejudicial de drogas no Brasil e que vem sendo atacada e desmontada após o golpe de 2016, como estratégia para não reproduzir no CAPS as violências estruturais vivenciadas na pele, no corpo e no sangue pelos usuários do serviço. Se tem uma certeza que sempre me acompanhou é a de que nós não estamos no mesmo barco. Com a chegada da pandemia essa certeza talvez tenha se

amplificado para o mundo. Não, não vivemos a mesma pandemia porque não dispomos dos mesmos recursos para atravessá-la. Logo, precisamos sempre retomar a perguntar: de qual pandemia estamos falando? Qual a pandemia possível de ser vivida para as pessoas desse território em que estava inserido?

Não, não estávamos no mesmo barco. Enquanto alguns vieram para cá em navios luxuosos e por escolha própria, o povo negro foi sequestrado do continente africano, escravizado e trazido para cá por meio de navios negreiros. Fomos o último país das Américas a abolir a escravidão formal, dos nossos 524 anos de história enquanto povo e enquanto nação, pelo menos durante 388 anos escravizamos pessoas pretas neste país apenas por serem pretas. São apenas 136 anos vivendo fora desse regime formal de escravidão, mas não temos até hoje uma política de reparação com a amplitude, o respeito e a seriedade que precisamos. A política de cotas (lei nº 12.711, de agosto de 2012) e o que ficou conhecido como a “PEC das domésticas” (lei complementar nº 150, de 1º de junho de 2015), que são ensaios do início de alguma política pública de reparação sócio-histórica, são constantemente atacadas e está sempre sendo colocada no lugar da ilegitimidade, do favorecimento e do “mimimi”.

Não estamos no mesmo barco. Como me contou Flávia Souza (2020, p. 4), “a garantia do ‘direito à respiração’ em caso de agravamento da doença pelo Covid-19 para os moradores da Baixada Fluminense, fica muito mais difícil de ser assegurado” se formos olhar para os dados de disponibilidade e distribuição desigual de respiradores pulmonares para os hospitais da região⁵¹ ou da distribuição de leitos hospitalares⁵².

Fotografias de Exceções Ordinárias

As duas fotografias apresentadas abaixo são de dois diferentes momentos da pandemia, entendendo que a pandemia também não foi vivida de uma só maneira durante o período da pesquisa, isso porque de 2020 a 2022 tivemos diferentes momentos, fases e ondas da pandemia. A primeira é de parte da equipe e usuários do serviço ocupando o espaço da convivência numa celebração de festa de São João mais intimista, numa fase ainda mais

⁵¹ “Quanto à distribuição de respiradores pulmonares – equipamento imprescindível para a sobrevivência de pacientes graves com Covid-19 –, segundo dados do DataSus na Macrorregião de Saúde II, que engloba os municípios da Baixada Fluminense, existem 699 aparelhos, incluindo rede pública e privada. Já no município do Rio de Janeiro, existem 4.327 respiradores pulmonares em sua rede de saúde” (Souza, 2020, p. 04). Para mais informações, ver: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipoRJ.def>.

⁵² “Com relação aos leitos hospitalares, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Baixada Fluminense (Cisbaf) fez um levantamento em 2018, em que demonstrou um cenário dramático. De acordo com o consórcio, baseado em dados do Ministério da Saúde, a região tem um déficit de 7 mil leitos hospitalares (Cruz, 2018). Com uma população de aproximadamente 4 milhões de habitantes, e com apenas três grandes hospitais de referência, temos apenas 0,6 leito para cada mil habitantes.” (Souza, 2020, p. 04).

difícil da pandemia, e a segunda, de um profissional e uma estagiária de psicologia acompanhando uma usuária em atendimento na rua, já no segundo semestre de 2022. Trago-as aqui como forma de expressar, agora a partir da linguagem estética, a pandemia que foi possível e necessária ser vivida e gerida pelo serviço.

Figura 36 – Festa Junina pandêmica



Fonte: arquivo pessoal.

Figura 37 – Clínica Andarilha II



Fonte: arquivo pessoal.

Evidentemente, muitos desafios se colocaram em tal gestão, até porque a equipe também estava tomada pelo medo e preocupação com os riscos que a pandemia colocava para todos. Com algumas oscilações, tivemos disponível, durante todo o tempo, materiais e equipamentos de proteção individual (máscara, *face shield*, avental, etc.) para a equipe e usuários. Mas, o principal desafio era a relação da equipe e usuários com tais recursos de proteção. Algo que estava diretamente atrelado ao modo como cada um compreendia a pandemia e a necessidade ou não de gerir os riscos que estavam em jogo. A equipe estava dividida, assim como a sociedade brasileira como um todo, entre alguns que negavam a pandemia e seus riscos e outros que estavam radicalmente aderidos às medidas de proteção. Da parte dos usuários, o desafio maior era a compreensão e aceitação, até mesmo pragmática, sobre a necessidade de uso de máscaras: como garantir o uso de máscara para um público que, em sua grande maioria, tem importantes questões de autocuidado geral com seu corpo e higiene pessoal, por exemplo?

Logo, não era só o SARS-CoV-2 que circulava e podia ser transmitido pelo ar⁵³. Mais uma vez, os afetos circulavam, oscilavam, transmitiam e contaminavam a equipe, não sendo sem tensões, medos, inseguranças e atritos entre os profissionais e as diferentes posições quanto à pandemia que essa gestão se construía. Em determinado momento, precisei endurecer as consequências para o profissional que não utilizasse máscara dentro do serviço a partir de “punição por advertências ou suspensão não remunerada”.

Foi preciso reinventar nosso cotidiano de trabalho a cada dia, a cada semana, a partir das novas diretrizes, novas informações, da verdadeira infodemia que estávamos vivendo, bem como a cada novo profissional que era afastado por determinado período de tempo pelo resultado positivo. Nesse cenário, a mediação das tecnologias digitais como os celulares, computadores e internet passaram a ser elementos básicos para garantia do teleatendimento, que passou a ser uma constante em nosso dia a dia, até mesmo pela suspensão das supervisões de equipe presencial para as reuniões remotas.

A minha sensação era a de que o futuro chegou e nele estamos podendo ampliar o acesso a uma forma de cuidado que sempre foi tida como específica para pessoas com dinheiro, pessoas que podiam pagar pelos serviços de saúde mental e contar com a disponibilidade de tempo e atendimento por telefone, *Whatsapp* etc. Entretanto, resgatando a questão colocada por Rachel Gouveia (2020) em evento da ABRASCO sobre “Saúde Mental e Covid-19” no dia 19 de maio daquele ano: como pensar em estratégias de cuidado em um país marcado pela desigualdade e opressão? Como pensar na viabilização de um cuidado virtual para uma população que não tem acesso à alimentação, à água encanada e à educação de qualidade, por exemplo?

Fotografias de Exceções Ordinárias

05 de junho de 2020. Precisei, junto ao assistente social da unidade, acompanhar um usuário idoso, negro, morador de um bairro periférico, um local fortemente atravessado pelo tráfico e milícia, para o polo de COVID-19, pois estava há dias em suas andanças rotineiras por diversos municípios do estado do Rio. Vou me referir a esse usuário como João, a fim de preservar sua identidade. João chegou ao CAPS trazido pela equipe do abrigo Tom Jobim, que fica na ilha do governador, após ser encontrado em uma unidade de saúde do município do Rio. O acompanhamos até o polo de COVID e João teve o diagnóstico de COVID-19

⁵³ Faço referência à discussão em torno da “produção e circulação de evidências científicas sobre a transmissão do SARS-CoV-2, com ênfase no debate científico em torno da transmissão viral por aerossóis e a implicação de diferentes entendimentos nas práticas de prevenção adotadas ao redor do mundo” (Gama, 2023, p. 09). Para mais informações, ver a tese “#covidisairborne: produção e circulação de evidências sobre a transmissão da covid-19”, de Beatriz Gama, 2023. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/20897>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

confirmado. Estava “assintomático”, mas precisaria manter o isolamento de 14 dias e fazer uso de medicações por dez dias. O contato com tais notícias nos colocou frente a um dilema ético: como garantir esse cuidado para um usuário que vive andarilhando, circulando por diferentes territórios, se afastando da casa onde vivia porque, como ele sempre dizia: “são muitos tiros, não gosto de ficar em casa não, tem muitos tiros lá, fico assustado....”.

João vivia em uma casa de poucos cômodos, mas muitas pessoas, como a maior parte dos moradores do bairro onde reside, como a maior parte dos usuários do CAPS. Ainda não tínhamos inaugurado o CAPS III, era uma sexta-feira e o serviço fecharia às 17h. Deixamos João em casa, na companhia de suas duas irmãs de mais de 70 anos, com as quais conversamos e fizemos orientações gerais quanto aos cuidados diante do diagnóstico, sobretudo com relação ao “isolamento e distanciamento físico” dele com os demais moradores da casa. Mesmo sabendo que seria muito difícil operacionalizar tal orientação diante das condições concretas de moradia e vida que tinham.

Dois dias depois, ficamos sabendo pela equipe do consultório na rua que João estava em Petrópolis. A equipe o trouxe para o território, o levamos novamente para casa. Três dias depois estava numa emergência em Del Castilho repetindo um movimento que sempre fazia de pedir ajuda em serviços de saúde. Como ignorar todas essas complexidades da vida como ela é para pessoas como João e focarmos apenas nas regras sanitárias para enfrentamento ao Covid-19? João estava “assintomático” do ponto de vista da COVID, mas com “bastantes sintomas” do ponto de vista do sofrimento psicossocial.

O que nós, enquanto trabalhadores e trabalhadoras, mais trabalhadoras porque o campo é marcado pela hegemonia e protagonismo das mulheres, apostamos na ocasião foi pelo fortalecimento das redes intersetoriais no território por meio de articulação com atenção básica, assistência social e justiça, por exemplo. Por outro lado, tentamos garantir visitas domiciliares (aqui vale lembrar da resposta que Cuba deu à pandemia⁵⁴) e proximidade de usuários em situação de rua e expostos a maior vulnerabilização como estratégia de cuidado e redução de danos. Disponibilizar o serviço para garantir e facilitar o acesso ao auxílio emergencial e seus fluxos e protocolos pouco acessíveis para essa população⁵⁵ se mostrou como estratégia fundamental também, pois, como nos mostra Viviane Mattar (2023, p.11) a “gestão da precariedade, caracterizada pelas incertezas nos recebimentos de auxílios

⁵⁴ Para mais informações, ver: <https://www.brasilefato.com.br/2020/06/12/com-visitas-diarias-de-medicos-a-todas-as-casas-cuba-consegue-controlar-a-pandemia>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

⁵⁵ Para mais informações sobre a gestão dos Programas de Transferência de Renda e assistência social durante a pandemia, ver: Mattar, Viviane. Emergências sanitárias: fome, violências e resistências entre moradoras de uma favela do Rio de Janeiro no contexto pandêmico, 2023.

governamentais (e outras incertezas) produz novas lógicas de vida, novas relações sociais e a mobilização de moralidades, afetos e conflitos.”.

Sobretudo no ano de 2020, recebíamos toda semana dois a três casos de ideação e tentativa de suicídio, bem como passou a chegar até nós um volume maior de mulheres em sofrimento por estar enfrentando contexto de violência doméstica por homens, em consonância com o observado em outros estudos sobre o tema (Vieira, Garcia e Maciel, 2020; Souza, Farias, 2022; De Oliveira e De Souza Damasceno, 2023). O recrudescimento do “isolamento social” para aqueles e aquelas que já vivem isoladas na periferia das cidades mostrou-se como fator de risco para o agravamento de sofrimentos sociais preexistentes. As condições de uma vida gestada na pobreza, pela precariedade de recursos e falta de quase tudo foi fator de produção e agravamento das situações de sofrimento que chegaram até a equipe do CAPS III.

A pandemia foi uma situação extraordinária que agravou o sofrimento ordinário dos usuários e moradores daquele território. Como o sofrimento de João, apresentado na fotografia que abre essa seção: “são muitos tiros, não gosto de ficar em casa não, tem muitos tiros lá, fico assustado”. Natalia Fazzioni (2020), ao refletir sobre violência armada e políticas públicas de saúde, chama atenção para “o tiro que mata, o tiro que cura, o tiro que fere”. No caso de João, indiretamente, o tiro o feria, o fazia ficar ansioso, com medo, e a “cura” era andarilhar, era se movimentar, era circular pela cidade.

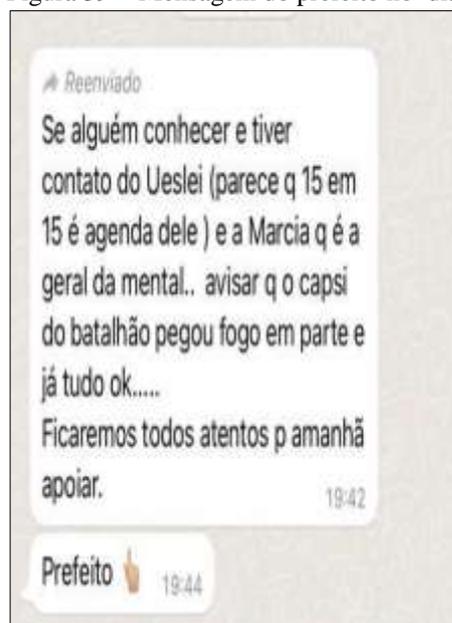
Fotografias de Exceções Ordinárias

Figura 38 – Incêndio no CAPS



Fonte:arquivo pessoal

Figura 39 - Mensagem do prefeito no dia do incêndio.



Fonte: arquivo pessoal.

No dia 23 de outubro de 2022, um domingo no início da noite, tivemos um incêndio na unidade que afetou sobretudo a parte superior do serviço, a parte dos quartos onde ficam as camas. Soube do ocorrido por meio de fotos e mensagens enviadas no grupo de *Whatsapp* do serviço. Havia 04 usuários em acolhimento noturno neste dia: 03 homens e uma mulher. Dois deles estavam no andar de baixo e dois no andar de cima, ou seja, mais próximos do local em que o incêndio começou. Segundo a enfermeira de plantão do dia: “estávamos na sala da equipe, foi quando José e Caio começaram a gritar que estava pegando fogo. Eu saí correndo e vi a fumaça preta. Já foi quando subimos para tirarmos a Joana, estava tudo cheio de fumaça. Maurício já tinha descido correndo. Eu vi que era grave, coloquei eles em local seguro, liguei para os bombeiros e fui para a rua chamar vizinhos para ajudar”. Estava em uma festa de aniversário e fui o mais rápido que pude para o serviço que ficava a cerca de 50 minutos do local onde estava. No caminho, o grupo da equipe foi tomado por inúmeras mensagens acusando José como o responsável pelo incêndio. Entre as mensagens, destaca-se: “precisamos entregá-lo para as autoridades”, “com certeza foi ele. Ele quem fica fumando no quarto mesmo sem a nossa permissão” e “até quando vamos ficar convivendo com ele, colocando a nossa vida e a vida dos usuários em risco? Essa era uma tragédia anunciada!!!!”.

José é um jovem negro, de 25 anos, na ocasião já era acompanhado pela rede de saúde mental (CAPSad, CAPS II, CAPS III) há cerca de sete anos. Seu sofrimento era atravessado pelo uso intenso de drogas, sobretudo cocaína, crack, tabaco e álcool, pela psicose, tristeza e relato de vazio e não pertencimento diante da “falta de amor”, sobretudo com relação a sua família, já que o contexto familiar era muito complexo e marcado por violências e falta de carinho e cuidado por parte de seus pais, segundo as alegações dele.

No passado, José já teve “passagem pela polícia” diante de uma “tentativa de assalto” de um ônibus com um “pedaço de pau” num momento de clara desorganização psíquica. Vez ou outra, ele apresentava comportamento de se colocar em risco com o discurso de ser alguém muito importante e poderoso, assim como “o chefe da boca”, “o líder do tráfico”, figuras de referência de poder e importância para ele.

Ele já havia estado inúmeras vezes no acolhimento noturno do serviço e constantemente estava em projeto terapêutico singular intensivo, ou seja, com idas por mais de três vezes na semana à unidade. Na situação do incêndio, estava no acolhimento noturno devido ao comportamento de “uso abusivo de drogas” atrelado ao comportamento de “pensamento e discurso desorganizados”, bem como “alterações de humor”.

Havia sido acolhido, há cerca de uma semana, e vinha apresentando importante melhora da sua “crise atual”. Crise esta que, como de costume, dividia a equipe entre os que conseguiam enxergá-la e os que não viam motivo para ele está no acolhimento noturno na unidade. Parte da equipe acreditava que ele deveria ser cuidado apenas pelo CAPSad, algo que era motivo de intensas e constantes discussões nos corredores, nos ruídos e fofocas, e na supervisão de equipe. Não é incomum que pessoas que apresentam sofrimento na fronteira e

encontro entre a psicose e o uso abusivo de álcool e outras drogas sejam objeto de disputa no sentido dos questionamentos sobre a quem caberia o cuidado: CAPSad ou CAPS II/III⁵⁶. Ou ainda, sobre quem viria primeiro: a droga ou a psicose?

No caso de José, somava-se a isso o fato dele ter “passagem pela polícia”, ter cometido alguns “atos infracionais” dentro do serviço, como o furto do celular de uma estagiária, bem como o fato de ele constantemente estar em sofrimento, demandar cuidados do serviço e demandar cuidados para a equipe, colocando-a frente a alguns impasses de divisões, como, por exemplo: pedido para fazer café na unidade (aprofundarei nas próximas sessões), pedido para dormir e descansar durante o dia e agito da rotina diurna, pedidos para ficar no acolhimento noturno, para fumar quando não tinha cigarro com ele, para ligar para a sua mãe várias vezes ao dia para pedir visita, dinheiro, cigarro, comida, enfim, era um usuário que despertava muitos afetos na equipe.

Em sua grande maioria, afetos hostis (Díaz-Benítez, Kaciano Gadelha e Everton Rangel, 2021), afetos de moralização. Logo, respondia também com afetos muito hostis e agressivos para com a equipe. Era, sem dúvida alguma, um usuário que causava, uma figura de causação (Fernandes, 2021). Sua causação era tamanha que foi se constituindo um olhar sobre ele de tamanha moralização chegando a vê-lo a partir da figura do monstro. Numa aproximação com a pesquisa de Lowenkron (2015) e a noção de monstro contemporâneo, pode-se afirmar que José vivia na zona fronteira entre a patologia e o crime, na zona de impureza, de poluição e de perigo (Douglas, 1976).

Monstro que é “capaz de manipular”, “enganar a equipe”, “nos agredir e colocar em risco”. Monstro por ser visto como “perigoso” e acusado como “culpado pelo incêndio no CAPS”. Monstro como categoria acusação. Na esteira das análises de Lowenkron (2013, 2015), que parte de uma acepção foucaultiana (2001) daquele que transgredir não só a lei, mas os limites da classificação. O monstro é aqui acionado para pensar o modo como a equipe se coloca frente a este usuário entendendo as formas contemporâneas de governo de sujeitos e corpos que nos contam sobre estratégias de regulação e produção da figura do monstro.

Lowenkron (2013, p.330) se inspira em Bailey (1983) e os "usos táticos das paixões" para afirmar que “mais do que apresentar uma análise racional em oposição a uma abordagem

⁵⁶ Essa diferenciação de nomenclatura era utilizada no caso deste território. O CAPSad também pode ser CAPSad II ou CAPSad III, com funcionamento 24h, como já explicado anteriormente. Como no território só havia um CAPS III e o CAPSad era um CAPS II, essa era a forma como a equipe diferenciava um serviço do outro. Em outros territórios, acaba sendo comum as nomeações: CAPSad e “CAPS Transtorno”, para se referir ao CAPS voltados para pessoas adultas que não têm a questão da droga como o seu principal sofrimento.

emotiva do tema”, ela procurou “destacar a importância do efeito moral do discurso das emoções”. Olhar para a história de José a partir dessas lentes de análise nos faz perceber como o discurso das emoções tinha como efeito moral um clamor de muitas vozes, um imperativo moral para que ele fosse excluído e privado da sua liberdade, seja por meio da prisão, seja por meio da internação psiquiátrica.

Uma questão que passei a me ocupar a partir desse e de outros casos com questões semelhantes do ponto de vista dos imperativos morais da equipe foi: como gerir a raiva, o ódio e o cansaço da equipe no trato com tais usuários? Como gerir os afetos hostis, as políticas afetivas⁵⁷ (Lowenkron, 2018) como forma de gestão do cuidado? Como cuidar do usuário sem deixar de cuidar da equipe e dos afetos que ele provoca nela? Muitas vezes a sensação era a de que o desejo da equipe era o de não ter mais que lidar com aquele usuário, pela compreensão de que a sua monstruosidade não cabia mais nas classificações e ferramentas da saúde mental, era “caso de polícia” ou “caso de internação”. O “manicômio judiciário⁵⁸”, atuais “Hospitais de Custódia e Tratamento”, parecia ser a “solução perfeita” para esse caso.

Solução aos moldes da “internação compulsória” proposta pelo atual prefeito do Rio de Janeiro, Eduardo Paes, em postagem nas redes sociais no dia 21 de novembro de 2023. Em suas palavras:

Não é mais admissível que diferentes áreas de nossa cidade fiquem com pessoas nas ruas que não aceitam qualquer tipo de acolhimento e que mesmo abordadas em diferentes oportunidades pelas equipes da prefeitura e autoridades policiais, acabem cometendo crimes. Não podemos generalizar, mas as amarras impostas às autoridades públicas para combater o caos que vemos nas ruas da cidade, demanda instrumentos efetivos para se evitar que essa rotina prossiga.

Na história de José, pedidos e clamores pela internação compulsória chegaram em diversos momentos, alguns pela própria família a partir da busca espontânea pela justiça, outras a partir de falas e menções da equipe. Nos dois casos, foi possível manejar e dialogar para que respostas alinhadas com a atenção psicossocial fossem priorizadas. Em outros

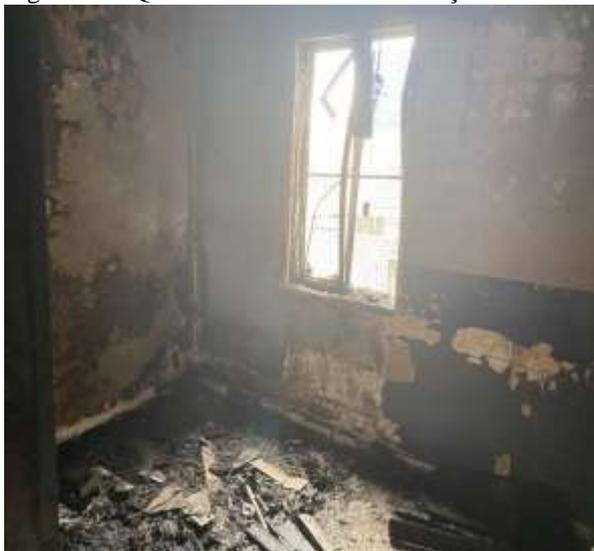
⁵⁷ Para maior aprofundamento, ver: Lowenkron, Laura. *As políticas afetivas dos pânicos morais/sexuais: uma análise crítica a partir da “cruzada antipedofilia” brasileira*. In: Deslandes, Suely Ferreira; Constantino, Patrícia (Orgs.). 2018. *Exploração sexual de crianças e adolescentes: interpretações plurais e modos de enfrentamento*. São Paulo: Hucitec, 414p.

⁵⁸ Para maior aprofundamento sobre a construção do manicômio judiciário e a figura híbrida do louco-criminoso, ver: Carrara, S. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro, São Paulo: EDUERJ, EDUSP, 1998 e Antunes, S. L. *Perigosos e inimputáveis: a medida de segurança em múltiplas dimensões*. Tese. USP, 2022.

momentos, a família acabava procurando por conta própria comunidades terapêuticas e a equipe ficava apenas sabendo um tempo depois.

Fotografias de Exceções Ordinárias

Figura 40 - Quarto onde o incêndio começou



Fonte: arquivo pessoal.

Figura 41 - Parte superior do CAPS após o incêndio



Fonte: arquivo pessoal.

Como consequência do incêndio no serviço, tivemos que reduzir a quantidade de “leitos de atenção à crise” de 09 para 04. Na verdade, após o incêndio, os acolhimentos noturnos foram realizados de modo improvisado em colchões no refeitório, na parte inferior do serviço, de modo a seguir ofertando este importante dispositivo de cuidado para os usuários. Toda a parte superior da unidade ficou por um tempo interdita. José passou a ser o responsável também por tal consequência, no sentido de culpabilização pelas condições precárias que os usuários e a equipe estavam atravessando.

Outra consequência diz respeito ao fato de, no mesmo dia do incêndio, José ter sido liberado pela equipe do acolhimento noturno. Precisamos utilizar o espaço físico do CAPSad como suporte para a equipe e usuários na noite e dia posterior ao incêndio. Quando cheguei na unidade na noite do incêndio, a equipe já havia liberado José e outro usuário, a partir da justificativa de que estes estavam bem, fora da crise e em condição de ir para casa. A grande questão nos dias seguintes foi que José, ao contrário do outro usuário que também foi

liberado, não tinha uma casa para voltar. Ou melhor, havia uma casa, mas não um lar disponível para acolhê-lo⁵⁹.

Portanto, José passou a dormir na rua e retornou ao CAPS depois de dois dias pedindo para ficar no acolhimento noturno. A cada dia, a equipe pressionava e me perguntava: qual a direção para o caso do José? Ele ficará acolhido? Uma possível resposta positiva para tal pergunta, sem dúvida alguma, seria lido pela equipe como negligência com o momento de fragilidade que estavam enfrentando. Lembro de tentar articular com a assistência social a possibilidade de abrigamento temporário do José, bem como contato com sua mãe, única familiar disponível de alguma forma, mas os dois caminhos de mostraram sem sucesso.

A equipe estava tensa com José, enquanto esse seguia demandando para dormir na unidade, para jantar lá. Precisei mediar o atendimento da equipe com ele neste dia, que era o primeiro dia de seu retorno à unidade após o incêndio. Tínhamos um vínculo importante e ele frequentemente me procurava para conversar e tentar alguns pedidos que não havia sido possível com a equipe. Esse movimento se repetia com outros usuários em suas tentativas de ter seus desejos e necessidades atendidas. Naquele dia, conversamos, ele estava tranquilo, nem um pouco “agitado ou perigoso”, como temia a equipe. O seu pedido insistente era sobre a possibilidade de dormir no CAPS.

Precisei argumentar e conversar bastante sobre a impossibilidade, por avaliar que ele não estava em crise, pelas condições de precariedade que a unidade se encontrava com poucos colchões disponíveis para usuários que estivessem em crise e, isso não falei para ele, por estar bastante pressionado pela equipe. Combinei com ele que o serviço seguiria disponível como local de cuidado dele, inclusive com suporte para as refeições e banho durante o dia, mas que à noite ele não poderia ficar. Ele concordou, mesmo com alguma dificuldade, mas fez um pedido: “-posso, então, levar um lençol? Vou dormir na rua”.

Concordei em entregar um lençol para ele, a equipe hesitou pelo fato, entre outras coisas relativas à moralização, do lençol ter a logomarca da prefeitura do município e que isso “poderia nos expor”. Tentei buscar algum lençol que não tivesse essa logomarca e acabei encontrando um. Ele janta e é liberado do serviço. Ao acompanhá-lo até o portão de saída, o vejo caminhando em direção à esquina da rua. Ele pega o lençol, se enrola da cabeça aos pés e deita justamente na esquina que fica logo ao lado do CAPS. Tal ato provoca outros afetos na

⁵⁹ Faço menção a diferença proposta pela pesquisadora Janaína Gentili (2024) entre “casa como pedaço de terra” e “casa como lar”. Para maiores aprofundamentos, ver: “*Doular mulheres negras: uma análise das práticas de cuidado e testemunho das violências através das experiências de doulas negras atuantes no projeto Sankofa Atendimento Gestacional*. Dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva. IMS-UERJ, 2024.

equipe. A equipe começa a ficar inquieta e tensa a partir disso. O medo? “Assim ele nos expõe muito, ele não pode ficar deitado justo na esquina do CAPS”. Ele não pode? Temos o direito de definir em qual rua ele vai dormir? Em qual esquina ele deitará seu corpo negro cansado e necessitado de uma noite de sono?

Dessa forma, mesmo fora do acolhimento noturno, fora da unidade, José seguia causando afetos e provocando emoções hostis (Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021) na equipe. Mesmo com as divisões e disputas de sentido e classificação entre a equipe, sempre entendi o uso abusivo de drogas dele como um modo de gerir o sofrimento de uma vida precária em diferentes planos, seja pelos processos de vulnerabilização, seja pelas questões da psicose e do laço social. Era, de certa forma, acompanhado pelo supervisor e pela psicóloga que era sua referência técnica.

O seu caso me fez refletir constantemente sobre os limites entre a saúde mental e a justiça, sobre os desejos de manicômio, sobre: quem tem direito a ser visto e lido como louco? Para quais corpos o lugar de bandido será acionado quase que automaticamente? A loucura é a mesma para todo mundo? No caso da experiência de encontro com José, ficou nítido que não. Seus atos eram sempre lidos mais automaticamente como “crimes”, como “manipulações”, como “mau-caratismo”, logo como monstruosidades, do que como loucura, doença, transtorno ou sofrimento.

Atribuo este fato a sua condição de ser um homem negro. Para a branquitude, a loucura salva e livra da responsabilidade por possíveis crimes, para as pessoas negras, essa mesma loucura é acionada para criminalizar. Não podemos perder de vista essa dimensão. Não se tratava de um “louco qualquer”, de um usuário abstrato, muito pelo contrário, era um usuário encarnado em um corpo que traz consigo uma raça e uma cor muito bem definidas: a pele alva, cantada pelo rapper Emicida. A pele que historicamente é associada a uma suposta maior inclinação biológica à loucura e ao crime, a partir de teorias como a frenologia, a degenerescência, do “louco irreversível e incorrigível” (Batista, 2012; Passos, 2023).

Em outras palavras, trata-se de tensionar e dar luz sobre as bases racistas e coloniais tanto da psiquiatria, quanto da criminologia que historicamente regulou o negro a partir do lugar de resto, de louco e de criminoso. Mas, também regulou o sistema penal brasileiro a partir do racismo. Não por acaso, o psiquiatra baiano Juliano Moreira atuou de forma importante no processo de confrontar tais teorias eugênicas e apostar na desracialização da loucura e do crime frequentemente associados ao negro pela psiquiatria de sua época. Esse movimento, associado a outras mudanças que Juliano propõe, em diálogo com a obra do

psiquiatra alemão Emil Kraepelin, é considerado por alguns autores como a primeira reforma da psiquiatria no país (Passos, 2023).

Em “Cemitério dos Vivos”, Lima Barreto, homem negro, traz a passagem abaixo do dia 04 de janeiro de 1920, os grifos são meus:

Estou no Hospício ou, melhor, em várias dependências dele, desde o dia 25 do mês passado. Estive no pavilhão de observações, que é a pior etapa de quem, como eu, **entra para aqui pelas mãos da polícia**. Tiram-nos a roupa que trazemos e dão-nos uma outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão. Da outra vez que lá estive me deram essa peça do vestuário que me é hoje indispensável. Desta vez, não. O enfermeiro antigo era humano e bom; o atual é um português (o outro o era) arrogante, com uma fisionomia bragantina e presumida. Deram-me uma caneca de mate e, logo em seguida, ainda dia claro, atiraram-me sobre um colchão de capim com uma manta pobre, muito conhecida de toda a nossa pobreza e miséria. **Não me incomodo muito com o hospício, mas o que me aborrece é essa intromissão da polícia na minha vida**. De mim para mim, tenho certeza que não sou louco, mas devido ao álcool, misturado com toda a espécie de apreensões que as dificuldades de minha vida material há 6 anos me assoberbam, de quando em quando dou sinais de loucura: delírio.

De algum modo e de muitas formas, leio Lima Barreto me recordando de José e sua relação entre a polícia e a equipe do CAPS, entre o crime e a loucura. Os dois se encontram para mim nos desafios e dilemas éticos sobre o cuidado e controle, os limites entre a liberdade, a autonomia e o abandono. O encontro entre o cuidado e a colonização. O cuidado como colonização do outro pela imposição de nossos desejos, vontades e valores.

Tais limites entre cuidado e colonização aparecia sempre no trato da equipe com usuários homens negros com perfil parecido com o de José e que muito facilmente eram colocados pela equipe no lugar de “bandido⁶⁰”, ainda que o roubo ou o furto não existisse na realidade, ele existia na virtualidade. Lowenkron (2015, p. 57, grifos meus) resgata a noção de “duplo psicológico ético do delito”, de Foucault, que nos ajuda a analisar a experiência de José. Nas palavras da autora,

movimento mais abrangente de fusão do “criminoso” e do “patológico” (especialmente, a partir da temática da “degeneração”) e num contexto de reorganização da relação entre a psiquiatria e os tribunais: “no exame ‘clássico’, (...) o perito só será chamado para saber se o indivíduo imputado estava em estado de demência, quando cometeu a ação. Porque, se estava, não pode mais, por causa disso, ser considerado responsável pelo que fez” (Foucault, 2002, p. 23). No novo exame, “trata-se de reconstituir a série do que poderíamos chamar de **faltas sem infração, ou também de defeitos sem ilegalidade**. Em outras palavras, mostrar

⁶⁰ Para aprofundamento sobre uma análise socioantropológica da categoria “bandido”, ver: Misse, Michel. *Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”*. São Paulo: Lua Nova, n. 79, p. 15-38, 2010. Disponível em: . Acessado em 11 de junho de 2021.

como o **indivíduo já se parecia com seu crime antes de o ter cometido**” (Foucault, 2002, p. 24).

Ainda em diálogo com Foucault (2002), Lowenkron (2015, p.57) afirma que a engrenagem médico-judicial, ao oscilar entre o tema da “responsabilidade e da imputabilidade para a questão da periculosidade e da perversidade”, tornou possível “constituir o “duplo psicológico ético do delito”, nos termos de Foucault (2002, p. 21), ou seja, “passar do delito à maneira de ser, e de fazer a maneira de ser se mostrar como não sendo outra coisa que o próprio delito” (Foucault, 2002, p. 20)”.

Lembro-me de uma das supervisões de equipe realizada no dia seis de junho de 2022, na qual a equipe trouxe os seguintes pontos de pauta: 1) debate sobre presença de crianças no serviço. Crianças que iam acompanhadas de usuários e familiares: “E se o usuário pegar, bater, jogar no vidro? Se Marcelo (homem negro usuário do serviço) fizer isso?; 2) Debate sobre a possibilidade de revista de pertences do usuário antes de entrar no acolhimento noturno: devemos fazer ou não? Como fazer? E se Roberto (homem negro) tiver uma arma, se tiver uma faca ou um isqueiro? Se fizer algo conosco?

Essa dimensão imaginária volta e meia contaminava parte da equipe do lugar de afetos muito negativos para com esse mesmo perfil de usuário: homem, negro, usuários de drogas, com algum histórico de situação de rua e com sofrimento pela psicose. Eram, portanto, usuários borderline, não no sentido clássico da psiquiatria, mas no sentido de habitarem a beira a qual Estamira fazia menção, a borda entre o lugar de usuário de saúde mental e bandido, agressivo e perigoso. Entre aquele a “vítima” a ser cuidada ou o “monstro” a ser temido. Um lugar de liminaridade que, como ensina Mary Douglas (1976), é o lócus privilegiado da poluição e do perigo.

Não por acaso, muitos deles de fato acabavam por responder de um lugar de bastante hostilidade e agressividade com a equipe, numa relação dialética onde ficava muito difícil saber o que vinha primeiro: se a agressividade do usuário para com a equipe ou da equipe para com o usuário. Essa discussão sobre agressividade, medo, loucura e violência de homens negros me remete a uma notícia trágica e triste que tomei conhecimento no dia 26 de maio de 2022. Trata-se da morte do Genivaldo Santos, de 38 anos, em Umbaúba-Sergipe, que foi morto no dia 25 de maio por policiais federais após uma abordagem de trânsito porque ele “conduzia uma moto sem capacete”. Segundo os policiais, Genivaldo “resistiu ativamente” e que, por conta da sua “agressividade”, foi preciso a utilização de “instrumentos de menor potencial ofensivo” para ser possível conduzi-lo à delegacia.

O “instrumento de menor potencial ofensivo” utilizado, mesmo após Genivaldo ter sido algemado e ter os pés amarrados, foi o uso de spray de pimenta e gás lacrimogêneo na mala do carro, numa espécie de câmara de gás, como mostra a imagem abaixo, que levou Genivaldo ao óbito. Tudo isso feito à luz do dia, na frente de várias pessoas e da própria família do Genivaldo. Seu sobrinho que estava junto diz ter avisado aos policiais que ele tinha transtorno mental, que era esquizofrênico, que fazia tratamento há 20 anos e inclusive levava uma cartela de medicamento psicotrópico no bolso. Segundo esse sobrinho, Genivaldo não conseguia respirar e perguntava o tempo todo: “por que faziam isso?”.

Figura 42 - Tortura de Genivaldo pela PRF



Fonte: reprodução da internet.

Quem tem direito à respiração? É com essa pergunta que Mbembe (2020a) reivindica o direito universal à respiração ao discutir sobre a pandemia, um evento crítico que intensificou e trouxe à cena violências e desigualdades estruturalmente ancoradas no cotidiano de pessoas como Genivaldo, como José e diversos outros homens negros que frequentam serviços como o CAPS. Homens negros que seguem morrendo, seja pela polícia e suas câmaras de gás, seja pela lógica manicomial racista que segue monstrificando, torturando e matando seus corpos e suas histórias.

Martín-Baró (1996) reflete sobre o papel do psicólogo, sobre a função e o horizonte ético da psicologia enquanto ciência e profissão. Aqui podemos ampliar essa discussão para pensar sobre o papel do profissional da saúde mental frente às experiências de destruição, como as guerras que vão destruindo a subjetividade e as possibilidades de existência das pessoas. As guerras declaradas, oficiais, e as guerras como as que vivemos no Brasil em termos dos números de violência e morte.

Ao afirmar que o horizonte primordial da psicologia deve ser a conscientização, se está propondo que o *quefazer* do psicólogo busque a desalienação das pessoas e grupos, que as ajude a chegar a um saber crítico sobre si próprias e sobre sua realidade. Como consequência do viés da psicologia, assume-se como óbvio o trabalho de desalienação da consciência individual, no sentido de eliminar ou

controlar aqueles mecanismos que bloqueiam a consciência da identidade pessoal e levam a pessoa a comportar-se como um alienado, como um “louco” (p.17).

Curioso notar que não muito raramente quem se comporta como “um alienado, um louco” na lida com os usuários da saúde mental são justamente os profissionais e agentes do estado. Atravessar a pandemia a partir das experiências aqui relatadas fala sobre o que Das (2020a) chama de ética do ordinário, ou seja, sobre a capacidade de confrontar-se cotidianamente com o desastre. Um desastre que se intensificou pelo evento crítico que foi a pandemia, mas que já era a base e o fio sob o qual a vida vem sendo costurada neste território.

Com Adriana Vianna (2020, p.11), compreendemos que nesta aproximação com a noção de cotidiano e ordinário é fundamental não perdermos de vista, na perspectiva de Das, “o cotidiano é volátil, e não estático”, que ela recusa “enrijecer o cotidiano em uma plêiade de repetições e hábitos automatizados”. Ainda que o encontro com as violências e desastres cotidianos os faça “parecer autonomizar-se da vida comum, colocando em risco inclusive o reconhecimento das formas de vidas (...) é no trabalho de buscar um cotidiano vivível que a força danosa dessas experiências dramáticas pode ser reconfigurada, seja para que lado for”.

A ética ordinária é sobre justamente o trabalho de construção de um cotidiano e uma vida habitáveis frente ao incontornável do desastre e da violência. O trabalho de tornar o cotidiano habitável frente à incerteza, esta que se radicalizou durante a pandemia já que a vida ficou em suspenso frente à nova e desconhecida ameaça que nos colocava de frente com o real da fragilidade dos acordos e fios que sustentam a vida. Um trabalho que nos impulsionou a encontrar formas de contornar os desapontamentos e “navegar de algum modo pela miríade dos hábitos, rotinas, afetos e desafetos compartilhados” (Vianna, 2020, p. 11).

Os afetos e desafetos, como vimos, inundaram o cotidiano pandêmico do CAPS. O contato com a pandemia e as violências cotidianas neste cenário foi modificando as formas de habitar o mundo, as formas de experienciar, sentir, pensar, nomear e habitar as coisas, as palavras e a vida. Veena Das diz que “se a maneira de estar com os outros foi brutalmente ferida, então o passado entra no presente não necessariamente como uma recordação traumática, mas como conhecimento envenenado” (2008, p.244).

Muitas vezes foi exatamente essa impressão que tinha ao experienciar o modo como a equipe se afetava e passava a se comportar com José, por exemplo, antes e depois do incêndio. Entendendo-o como um evento crítico que trouxe mudanças radicais para o cotidiano nesse micro-espço e micro-relações institucionais e pessoais. Como as fotos do pós-incêndio demonstram, a destruição do espaço físico foi contaminando a destruição da

imagem de José, foi dissolvendo e queimando os laços e possibilidades de grande parte equipe seguir cuidando dele, pelo menos durante um período.

Foi-se produzindo um conhecimento envenenado sobre ele de tal modo a inviabilizar, em muitos momentos, o cuidado desta equipe para com ele. Não por acaso, a equipe pouco se movimenta e se articula quando da notícia de que a família o tinha levado, mais uma vez, para uma comunidade terapêutica em um município vizinho.

A dimensão do trabalho do tempo também é super importante aqui. Para Das, o trabalho do tempo diz respeito à presença ativa deste nos processos e histórias que fazem as vidas. “Uma demonstração exemplar e perturbadora desse ressurgimento do inacabado em sua máxima letalidade é fornecida pela análise dos rumores” (Vianna, 2020, p.7-8). O rumor entendido como uma “região específica da linguagem, o rumor permite atualizar imagens aterrorizantes e fantasmagóricas em novos eventos” (Vianna, 2020, p.8).

Entre os rumores que precisei lidar ainda na noite do incêndio, está a mensagem que recebi pelo *Whatsapp* de uma colega enfermeira que atuava na gestão de uma clínica da família. Refiro-me à mensagem do prefeito que está na fotografia que abre essa seção. Já circulava pelos corredores “a fofoca” de que pessoas da equipe me difamavam, enquanto uma categoria de acusação, para o prefeito e subsecretário de saúde. Entre as informações que supostamente seriam levadas sobre mim, estava a de que não cumpria a minha carga horária no município, que não trabalhava presencialmente, que me utilizava do *modus operandi* dos médicos, que são contratados como 20h/semanais e cumprem 3 ou 4h (realidade presente quando cheguei em 2018 e que modificamos, pelo menos no contexto do CAPS, com muito esforço e resistência) ou do *modus operandi* dos “funcionários fantasmas” das prefeituras Brasil afora.

Era a fofoca e a difamação como gestão das relações, como contaminação da minha imagem para figuras de poder e autoridade no município, como estratégia para, segundo parte da equipe que me contava tais teorias, “assumir o seu lugar”, assumir a direção do serviço. Nunca dei muito ligança para tais fofocas, sempre as tratei como da ordem das suposições, do informal, até para não cair na dimensão imaginária e persecutória que tais movimentos podem nos levar, sobretudo estando numa posição de gestão. Contudo, desde a minha demissão no início de 2022, relatada anteriormente, entendi que algo das fofocas de fato era verdade. Após essa mensagem do prefeito, fica nítido que ele não só acreditava que eu trabalhava “com agenda de 15 em 15”, como não entendia sobre uma CAPS III, afinal, seria impossível fazer a gestão de um serviço de tal complexidade e com funcionamento 24 horas trabalhando quinzenalmente.

O prefeito não sabia que meu trabalho era “*full time*”, que por mais que a minha presença física fosse de 30h/semanais, a minha disponibilidade para a equipe e para o serviço era integral. O celular era a extensão do trabalho e todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana, estava em contato com a equipe. Voltar para casa após tudo que vivi naquela noite lendo essa mensagem, me inundou de afetos de raiva e tristeza, fui dormir com um “nó na garganta”.

Por outro lado, perceber o modo como se deu esse trabalho do tempo por meio dos rumores e fofocas nos corredores em torno do dia do incêndio e o comportamento “suspeito” de José, dos seus supostos atos “maldosos”, “de manipulação” para “colocar a equipe em perigo” me fez compreender algo que Das muito precisamente aponta sobre o trabalho do tempo: este pode favorecer, curar e criar relações, ao mesmo passo que pode destruir e desmoronar mundos.

Para habitar o mundo pandêmico a partir do cotidiano do CAPS, com suas exceções ordinárias, sustentando um saber localizado e não universal sobre a pandemia além das substâncias, afetos, redes e movimentos já explicitados aqui, a chegada da vacina para a equipe e usuários esteve entre as substâncias que fizeram desse cotidiano um cotidiano habitável. Estivemos entre os primeiros municípios do Rio a ter acesso à vacina, ainda em janeiro/fevereiro de 2021. Logo em seguida, fizemos articulações para que tivéssemos a possibilidade de vacinação no CAPS, levando em consideração as especificidades dos usuários do serviço. Fizemos dois momentos de vacinação na unidade para as doses 1 e 2, com resultados de 89% de usuários vacinados para a primeira e 84% para a segunda dose. Já para as doses de reforço 1 e 2, não fizemos na unidade e é nítida a diferença nos números de usuários vacinados, 22 e 14%, respectivamente.

Figura 43 - Equipe do setor de imunização e eu, direção do CAPS, em dia de aplicação da primeira dose da vacina para COVID-19 na unidade.



Fonte: arquivo pessoal.

Figura 44 - Usuário do serviço sendo vacinado para a segunda dose da vacina para COVID-19.



Fonte: arquivo pessoal

3.3 “Gente é pra brilhar, não pra morrer de fome”: a gestão da fome no cotidiano pandêmico do CAPS

Fotografias de Exceções Ordinárias

Setembro de 2020, por volta das 16h. Joelma, uma usuária bastante conhecida da equipe, chega ao serviço “bastante agitada”. Já era comum o seu movimento de chegar daquela forma, falando alto, inquieta, não conseguindo ficar parada, angustiada. Um comportamento que frequentemente era nomeado pela equipe como “agitação psicomotora”. Muitas vezes, a própria Joelma pedia alguma “medicação sos”, outras, a própria equipe fazia após avaliação clínica com ela. Naquele dia, entretanto, ao percebermos que Joelma estava um pouco diferente do que costuma ser o seu “normal” para os momentos de “agitação”, a equipe não atende diretamente o seu pedido por medicação e, antes, conversa com ela um pouco mais, ao que entendemos que, de fato, não era um dia como os outros. Joelma diz que estava sem comer há quase dois dias porque não estava recebendo benefício e não podia comer nas casas dos vizinhos onde comia antes por conta do “isolamento social”. Após alguma hesitação e discussão da equipe sobre ofertar ou não parte da comida que estava na geladeira separada para a janta dos usuários que estavam no acolhimento noturno, a equipe oferta para Joelma não uma “medicação sos” para a sua “agitação psicomotora”, mas um prato de comida para a sua fome.

Quem pode comer no CAPS? Quem tem direito a acessar a comida que pode matar a fome, ao invés de matar o sujeito? A questão da fome faz parte do cotidiano de um CAPS. É algo que, direta ou indiretamente, somos convocados a gerir a partir do encontro com os sujeitos e suas realidades de precarização frente às condições desiguais de vida, de acesso ao alimento, por exemplo. Sobre isso, Carolina de Jesus diz o seguinte: “aniversário de minha filha Vera Eunice. Eu pretendia comprar um par de sapatos para ela. Mas o custo dos gêneros alimentícios nos impede a realização dos nossos desejos. Atualmente somos escravos do custo de vida. Eu achei um par de sapatos no lixo, lavei e remendei para ela calçar” (Quarto de Despejo, 1960).

Em sua pesquisa de doutorado, Viviane Mattar (2023, p.173) analisa “a fome como elemento que organiza as relações e as dinâmicas de sociabilidade” numa favela do Rio de Janeiro a partir de um recorte de gênero, classe e raça. Em suas palavras, “a fome, neste contexto, atravessa relações, estruturando e produzindo acusações, conflitos, afetos e diversos sistemas de sociabilidade”. No contexto do CAPS, a gestão da fome passa exatamente por tais redes e sistemas de sociabilidade nos quais as acusações, afetos e conflitos são ingredientes frequentes.

Muito frequentemente, os usuários do CAPS não têm acesso à comida de forma facilitada. Logo, a possibilidade desse acesso a partir do CAPS mobiliza o usuário e, por conseguinte, a equipe. Não é incomum cenas de usuários comendo de forma intensa, com muito desejo e até mesmo de forma voraz. Assim como também não é incomum estes mesmos usuários serem acusados pela equipe de “mortos de fome”, de “gulosos”, enfim, “de comerem demais e nunca se saciarem”.

Entre as questões cotidianas que a equipe precisa gerir está a questão de quem poderá comer naquele dia. O serviço oferece quatro refeições: café da manhã, almoço, lanche da tarde e janta, a partir do contrato de terceirização da prefeitura com uma “empresa” de alimentação. A “empresa” neste caso é de parentes do prefeito da cidade. Ou seja, as donas da empresa têm acesso direto ao prefeito e ao subsecretário de saúde. Algo que não é apenas mais uma informação da configuração da rede local, mas que tem efeitos diretos na forma de gestão da comida no serviço.

“Fazemos o melhor que podemos com o valor que recebemos”. Essa era uma frase que ouvia diversas vezes ao conversar com a dona da empresa de alimentação tentando ampliar tanto a quantidade de refeições diárias, quanto a qualidade dessas, já que este era um ponto de incômodo constante da equipe. A equipe constantemente me falava sobre a má qualidade dos alimentos que chegavam, baseado em uma alimentação pouco saudável, com nenhum acesso a frutas, por exemplo, e com muitos produtos processados e artificiais, como o suco que era de pó artificial e de qualidade bastante ruim.

“Nem parece que é comida feita pra gente, parece comida pra porco”. Era por meio de frases como essas que a equipe me falava de suas insatisfações quanto a essa questão. Algo que tentei mediar junto a empresa de alimentação, a coordenação de saúde mental e a própria secretaria de saúde, mas sem sucesso. O almoço e a janta conseguimos ter uma melhora importante quando as refeições passaram a serem feitas na própria unidade. Éramos o único serviço onde a comida era feita na própria cozinha, ainda que muitas vezes a qualidade dos produtos disponíveis para o cozinheiro dificultasse o seu trabalho.

Esse cenário fazia com que sempre fosse uma questão para a equipe a gestão sobre quem e quantas pessoas poderiam comer por dia a cada refeição. De modo geral, o momento mais crítico era a hora do almoço e da janta, do almoço ainda mais por ser o momento de maior presença de usuários no serviço. Então, inevitavelmente, teríamos que tomar algumas decisões sobre quem poderia comer ou não no serviço. Havia uma regra de que essa decisão estaria associada ao projeto terapêutico singular (PTS) do usuário, ou seja, se naquele dia ele

tinha previsto uma atividade na unidade até a hora do almoço, então, poderia almoçar lá, se estivesse numa oficina à tarde, poderia fazer o lanche, e assim por diante.

Os problemas aconteciam quando da chegada de usuários sem estar previsto anteriormente em seu PTS pedindo para tomar café, almoçar, lancha ou jantar no serviço. Isso que deveria ser uma exceção, acabava sendo cada vez mais frequente e cotidiano, sobretudo no contexto da pandemia. No processo de decisão sobre quem acessaria a comida, ainda que a direção fosse escutar o usuário e tentar entender o motivo de precisar comer no serviço naquele dia que não estava previsto, havia um movimento de acusação da equipe para com o usuário, como se este quisesse manipular e enganar a equipe ou ter vantagem comendo na unidade num dia não previsto. Quando que precisar pedir, mais de uma vez, muitas vezes; precisar, portanto, se humilhar para a equipe de um serviço público para ter acesso a um prato de comida representa uma vantagem ou um privilégio?

O problema se tornava mais complexo quando com o usuário havia algum outro familiar, seja adulto, seja criança, pois a equipe também precisaria decidir se este familiar iria comer ou não. Na gestão da escassez de recursos, frente à limitação e ao desencontro entre a oferta e a demanda, logo, frente a um problema institucional, da forma de gestão estatal, afetos hostis (Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021) eram produzidos nos usuários e na equipe, que ficava com a responsabilidade da gestão micropolítica dessas decisões. Em certas ocasiões, afetos que passavam pela questão dos pequenos poderes.

Quem tem acesso à comida no Brasil? E a comida que não seja ultraprocessada, enlatada, mas de origem orgânica e saudável? “Falar sobre fome no Brasil é falar sobre um problema, dentre tantos outros, racializado, generificado e de classe, uma vez que é entre as mulheres negras de baixa escolaridade que encontramos os casos mais graves de insegurança alimentar (IA)” (Mattar, p. 173). Assim como a fome passou a ser uma questão mais presente no cotidiano de Joelma durante a pandemia, pesquisas mostram que durante esse período houve uma feminização da fome no país. Marcelo Neri (2022)⁶¹ aponta para esse fato a partir de dados que falam da desigualdade de gênero com relação à insegurança alimentar no Brasil, sendo 19,3% para mulheres e 11,9% para homens.

Neri (2022) analisa que a saída do Brasil, em 2014, do mapa da fome, de acordo com Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO, 2014), se deu a partir de políticas públicas eficazes dos governos de Lula e Dilma, entre 2003 e 2014. Entretanto,

⁶¹ Para mais informações, ver: Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 (II VIGISAN, 2022) e a pesquisa “Insegurança Alimentar no Brasil: Pandemia, Tendências e Comparações Internacionais”, ambas do NERI, 2022.

desde 2016, a partir do golpe e governo Temer, o cenário e dados já apontavam para uma piora do quadro no que tange à fome no país. Algo que se agravou e se intensificou durante a pandemia, fazendo com que o Brasil voltasse ao mapa da fome no ano de 2022, contexto em que assistimos e lemos notícias de pessoas se aglomerando para ter acesso a ossos e restos de comida em diversas cidades brasileiras. Ou seja: a fome faz parte da história do Brasil. A fome faz parte da história de pessoas negras e pobres como os usuários do CAPS onde essa pesquisa foi realizada.

Mattar (2023, p. 174) recorre a Castro (1995) para afirmar que apesar da fome sempre ter sido explicada a partir de questões naturais ou biológicas, trata-se de um fenômeno sobretudo político e social, “sendo que, como afirma Campello, ‘não se erradica problema social, você pode erradicar a varíola..., mas problema social, se você não cuidar, ele volta’ (Campello, 2021)”. Aqui é fundamental explicitar que se faz necessário compreender a fome “tanto em casas em que se come todos os dias, como em casas em que não há o que colocar no prato em uma ou mais refeições” (Mattar, p.185).

Ter acesso a algum alimento para “matar a fome” não é garantia de uma alimentação que atenda às necessidades nutricionais, quantitativas e qualitativas, dos sujeitos, como já discutido anteriormente com relação à qualidade da alimentação distribuída no CAPS. Por isso que, junto com Mattar, tomo aqui como referência uma classificação de Castro (1960) entre fome epidêmica, essa mais conjuntural, mais facilmente acionada quando falamos no tema da fome, e a endêmica, também nomeada de oculta, atrelada justamente à questão não da falta total do acesso a alimentos, mas a falta de acesso a elementos nutritivos.

A situação vivenciada com a gestão e manejo da fome de Joelma que abre essa parte do capítulo, leva-nos a necessidade de ampliação de nossas lentes de leitura e nomeação, pois aqui se trata da “agitação psicomotora” não como sinal e sintoma de uma “alteração psicopatológica”, e sim como sinal e sintoma da fome. “O maior espetáculo do pobre da atualidade é comer”, escreveu Carolina Maria de Jesus em 1960. Ela dizia: “Eu sou negra, a fome é amarela e dói muito. (...) Eu que antes de comer via o céu, as árvores, as aves, tudo amarelo, depois que comi, tudo normalizou-se aos meus olhos” ou ainda “a tontura da fome é pior que a do álcool. A tontura do álcool nos impele a cantar. Mas, a da fome nos faz tremer. Percebi que é horrível ter só ar dentro do estômago”.

Assim como a tontura de Carolina era um sintoma da fome, a agitação de Joelma também o era. Formas diferentes de escuta levam a formas diferentes de nomeação e gestão dos cuidados de tais situações. Viviane Mattar conta sobre o que chama de uma “desesperança famélica” das suas interlocutoras em que uma “total falta de comida resulta em uma desordem

biológica, a uma sensação de constante fadiga e cansaço” (p.185). Fadiga, cansaço, desesperança, tontura, agitação psicomotora, categorias que fazem parte dos sinais, sintomas e critérios diagnósticos dos manuais utilizados para a gestão do sofrimento por meio da patologização e medicalização. Eis um dos riscos de um olhar restrito para tais categorias e formas de nomear experiências da vida cotidiana, seja ela pandêmica ou não.

Chamma e Sparovek (2022) sublinham a contradição do crescimento da fome e insegurança alimentar no Brasil quando temos importante destaque na produção agropecuária no mundo. “A política da fome se introduz no dia a dia de diversas famílias, modificando suas maneiras de viver, de sobreviver e de morrer, cuja confluência destes caminhos reproduz a política de morte (...) que se faz presente, desde sempre, no Brasil, se tornando regra e não mais exceção.” (Mattar, 2023, p.202).

A política da fome faz parte do sofrimento social (Das e Lock, 1997) de inúmeros brasileiros, da sua forma de viver, morar e morrer no Brasil. Tal sofrimento está diretamente emaranhado ao racismo que nos estrutura enquanto sociedade, assim como foi um fato constitutivo da pandemia neste território (Castro, 2020, p.14). Não por acaso, a população negra foi que mais sofreu com os índices de mortalidade no país⁶². Portanto, “o combate às iniquidades sociais é uma medida urgente e necessária”, pois entende-se que “a gravidade da doença não depende apenas de estágios ou manifestações clínicas e sintomáticas diferentes, mas revela o impacto significativo e letal do racismo na saúde.” (Mattar, p. 166).

Viver tendo a fome como constitutiva da vida cotidiana, entrelaçada com as dimensões de raça, gênero, classe, território e loucura, nesse caso, empurra esses usuários para uma “morte lenta” (Berlant, 20011) por meio de uma “política de definhamento” (Mallart, 2019) que vai sujeitando as pessoas a viverem em situação de precarização e degradação humana, tendo que suportar o insuportável e viver numa “zona de sombra entre a vida e a morte”, a habitar uma zona de decomposição tornando-se um “morto-vivo”.

A política da fome, presente na Favela do Tripé, reproduz, a céu aberto, uma prisão conforme descrita por Mallart, em que a fome representa uma dicotomia entre a tontura e a tortura, ambas resultantes da falta de alimentos. Não trago aqui somente uma morte derivada de balas perdidas, ou de trocas de tiros entre polícia e o tráfico, mas a possibilidade de uma morte antes do findar da vida (Mattar, 2023, p.201).

⁶² Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/32414-homens-pretos-e-pardos-morreram-mais-de-covid-do-que-brancos-em-2020>. Acesso em 14 de abril de 2024.

“A vida na extrema pobreza é marcada por uma violência sistemática. Ir dormir sem saber se, no dia seguinte, poderá se alimentar é a não garantia de nenhum direito mínimo, é a privação que inclui perdas sucessivas e que impõe uma vida de conseguir suportar o insuportável”. É com essas palavras que Mattar (2023,p. 182) define o cotidiano marcado pela exceção ordinária da fome. O encontro com tais exceções ordinárias, por outro lado, leva também a “estratégias e resistências na tentativa de superar a fome”, como a autora nomeia. No seu campo, tais estratégias passam pelos laços familiares, comunitários e solidários. No meu campo, tais laços também se fazem presentes. Mas, como há o fato de serem pessoas marcadas pelo estigma da loucura, do uso de drogas, de estar em situação de rua, algumas vezes, há uma contaminação que vai dissolvendo os laços familiares, comunitários e de solidariedade. Fazendo com que os usuários busquem outras estratégias como as respostas políticas e institucionais para a fome.

No dia 17 de setembro de 2022, fiz parte da equipe de relatoria da Conferência Estadual de Saúde Mental. Entre as falas que me chamaram atenção, foi a de um usuário que defendeu que “um prato de comida e uma palavra amiga mais vale que o sossega leão”. A sensação que tive foi a de que as pautas dos profissionais não se encontravam com a pauta do usuário. Por vezes, fico com a sensação de que nós profissionais, militantes e pesquisadores, estamos tão tomados e às voltas com questões igualmente importantes e complexas, que deixamos de lado pautas básicas como a questão da fome.

Como um dos efeitos desse movimento está o de moralizar os atos e estratégias de resistência dos usuários do CAPS na tentativa de superar a fome por meio de afetos negativos e hostis, categorias de acusação e conflitos. O que é altamente contraditório para um campo que trabalha em seu horizonte a autonomia e a liberdade. As estratégias dos usuários para resistir à fome e habitar a vida não deveriam ser lidas como sinais de “inadequação” e “importunação” da equipe, mas como sinal e sintoma de saúde, de agenciamento de formas de seguir vivendo, de matar a fome para não ser morto por ela.

Por outro lado, argumento que esse fato também se deve a uma perspectiva hegemônica dos saberes psi no campo da saúde mental atrelado às perspectivas basaglianas e foucaultianas que orientam a Reforma Psiquiátrica brasileira que faz com que questões como a fome e a sede, que será trabalhada na próxima sessão, não sejam encaradas como questões diretamente de nossa alçada, não são questões geralmente lidas como “questões clínicas”, são questões que facilmente são empurradas para questões de cunho assistencial. Em última instância, tal movimento se dá pela invisibilização do debate racial na reforma psiquiátrica e luta antimanicomial nacional.

Quem precisa da comida e da água do CAPS? Quem tem direito a essa comida e a essa água? Qual a cor da fome e da sede no Brasil? A alcinha de ser uma questão “assistencialista” é muito acionada na gestão da fome e da água no CAPS. Questiono, o quanto é assistencialismo ou uma limitação do nosso campo? Defendo que se trata de rever as bases que sustentam o fazer da saúde mental e atenção psicossocial e do cuidado voltado para pessoas negras. Comida e água são necessidades básicas para todo humano e, numa sociedade estruturada a partir do racismo como a nossa, são fortemente distribuídas desigualmente, tendo as pessoas negras como as que menos acessam. Tomar esse aspecto como fundamental no cuidado e na clínica em saúde mental é uma questão urgente.

3.4 “Você tem sede de quê?”: a gestão da água no cotidiano do CAPS

Fotografias de Exceções Ordinárias

Maio de 2022. Alguns profissionais da equipe de enfermagem e administrativo colocam na pauta a seguinte questão: José e o pedido de café preto. José, usuário negro apresentado na sessão anterior, estava em PTS intensivo, indo de segunda a sexta à unidade devido a um importante atravessamento de sofrimento atrelado a um “comportamento de uso compulsivo de drogas” e “se colocar em risco com o tráfico”. Ele estava pedindo para tomar “café preto”, pois o café que já vem pronto da empresa de alimentação para o café da manhã é “café com leite”, não tendo a opção de mudança, mesmo após algumas tentativas. Diante disso, José passou a levar seu pó de café, açúcar e uma garrafa térmica para a unidade solicitando que a equipe fizesse, ou o deixasse fazer, o seu “café puro”. Tal pedido dividiu a equipe e a colocou frente a um dilema: café preto ou café com leite? Permitir ou não a possibilidade de fazer o café preto para José?

A discussão na supervisão girou em torno dos efeitos de permitir ao José tal ato, sendo que se tratava de um serviço público com questões que devem passar pelo coletivo: “ele tem que tomar o café que é disponibilizado pelo serviço”, disse uma colega. Outra: “e se outros usuários também quiserem o café preto, como faremos?”. Ainda tinha a questão de como operacionalizar o ato de fazer o café em si, já que isso implicaria disponibilidade de alguém da equipe para fazer para ele, já que grande parte da equipe considerava inviável e “perigoso” que ele fizesse o café por conta própria na cozinha do serviço, afinal “a cozinha era um ambiente perigoso para os usuários”, pois “tem faca e outros objetos perfurocortantes” considerados potencialmente perigosos para esse público, de acordo com visões da gestão da loucura como periculosidade e infantilidade.

Entre muitas opiniões, exaltações, afetos e poucos encontros no sentido de construirmos uma direção coletiva, se destaca a fala da médica. Ela, uma mulher branca,

jovem e fortemente alinhada à militância da luta antimanicomial, chama atenção para o fato de José ser um homem negro e com uma história atravessada por diversas violências raciais. Chama atenção para sua história quanto ao abandono familiar, às faltas que marcam a sua trajetória e da importância do cuidado pelo vínculo e afeto com ele. A partir disso, propôs que fosse criada uma oficina que abordasse a questão racial com os usuários a partir do ato de fazer o “café preto” junto com eles.

Terminamos a supervisão com dois combinados. O primeiro, que algumas pessoas da equipe se disponibilizariam para fazer o “café preto” junto com José apenas uma vez por dia (ele vinha pedindo várias vezes ao dia e isso era motivo de sobrecarga e afetação para a equipe) e, segundo, com a proposta de colocar em prática a oficina que seria conduzida por algumas pessoas negras da equipe.

Antes disso, iríamos conversar com José para convidá-lo a conduzir a oficina conosco, caso ele topasse, e falaríamos com alguns usuários para saber o que achavam da ideia. Lembro de conversar com alguns usuários a partir da pergunta: “você prefere café preto ou café com leite?”. Recordo de uma conversa com um usuário, um homem negro retinto que me respondeu que gostava de café preto, pois “o café se ele não é coado, ou se é coado e não é misturado ao leite, ele mantém os nutrientes, ele é relaxante. Quando misturamos com o leite ele perde a sua força”.

A pergunta de fundo para mim era: “você tem sede de quê? Você tem fome de quê⁶³?”. A discussão sobre o “café puro ou o café com leite” chega para mim na esteira de outra questão que vinha me incomodando desde o primeiro momento da pandemia: a gestão da água a partir do CAPS. Para fazer café, necessita-se de água, assim como para tomar banho, para “matar a sede” e para lavar as mãos, alimentos e produtos, medida profilática super importante e recomendada durante a pandemia.

O cantor e compositor Caetano Veloso diz que “enquanto os homens exercem seus podres poderes. Morrer e matar de fome, de raiva e de sede são tantas vezes gestos naturais”. Essa canção ecoou em mim durante um tempo pelas afetações relativas à questão da gestão da comida e da água no CAPS, sobretudo durante o cotidiano pandêmico, pela especificidade do momento e a intensificação da precarização da vida dos usuários que acompanhamos.

Água sempre foi, para mim, um item de necessidade básica, por ser um bem vital. Até mesmo a partir do saber popular de onde eu venho: “um copo de água não se nega a ninguém”. As redes de solidariedade, vizinhança e afeto de territórios como a cidade do

⁶³ Música “comida” dos compositores Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Britto.

interior de onde sou me ensinou que compartilhar a água, assim como a comida, faz parte da forma de cuidar do “seu próximo”, do “seu semelhante”, de se importar com o outro. Então, acompanhar a rotina do serviço e perceber que a equipe vinha tendo questões com a gestão da água me inquietava sobremaneira. As questões eram decorrentes do fato de que durante um tempo não havia um bebedouro disponível e de acesso livre para os usuários, algo que passou a existir um tempo depois. Logo, a equipe precisava se movimentar para atender o pedido dos usuários que estavam com sede. Movimentar-se até a cozinha, local onde havia um bebedouro.

A necessidade desse movimento fazia com que afetos de incômodos fossem criados diante de alguns pedidos, sobretudo se era um usuário que fazia vários outros pedidos à equipe, um usuário como José, cujo vínculo com parte da equipe passava por afetos hostis (Díaz-Benítez, Gadelha e Rangel, 2021) e pela pessoalização de parte dos profissionais na lida com ele. Por sua vez, a questão da água aparecia com relação ao acesso ao banho.

O banho, condição básica de higiene pessoal, é algo que também diz muito sobre a forma como nos apresentamos para os outros, como nos apresentamos publicamente. Sabe-se que a questão da higiene é um ponto crítico e delicado para alguns usuários, sobretudo nos momentos de maior intensificação do sofrimento e de crise quando podem ter a possibilidade de cuidado de si, do cuidado com seu corpo comprometida. A própria psicopatologia utiliza de critérios de avaliação sobre higiene, apresentação pessoal quanto a roupas e cuidados com o corpo para compor o exame psíquico e avaliação do pragmatismo, capacidade de realização de tarefas da vida cotidiana, como tomar banho, escovar os dentes e tomar um remédio por conta própria.

Logo, se para alguns usuários tomar banho era um desafio e questão que precisávamos trabalhar na construção de seu cuidado cotidiano, para outros, o acesso ao banho era um desejo e um pedido ao qual não tinham possibilidade de realização em outros espaços do território. Refiro-me aos usuários que estavam em acolhimento noturno e a usuários em situação de rua, sobretudo. Mas, não apenas, pois a questão do acesso desigual à água é um ponto crítico e que fala da precarização estrutural da infraestrutura da cidade nos territórios periféricos.

Diversas vezes percebia que algum usuário que estava em acolhimento noturno não havia tomado banho, seja por ser nítido nos odores e aparência, seja pelo pedido deles para tomar banho. Pedidos esses que, por vezes ficavam circulando entre a equipe diante das outras urgências e afazeres cotidianos. Permitir o banho do usuário em determinado momento envolvia saber se ele tinha roupa limpa, o que frequentemente não acontecia. Portanto, incluía

precisar encontrar alguma roupa que coubesse nele entre as roupas de doações que tínhamos no “guarda-roupa coletivo” do CAPS.

O que faz uma pessoa, um ser humano lido como limpo, asseado e saudável? O que desfaz um ser humano e vai produzindo a sua desumanização? Entre os elementos que vão fabricando essa imagem de uma pessoa, um cidadão, um ser humano “apresentável”, limpo e asseado está a higiene pessoal, o banho, a roupa, o sapato, a limpeza com os dentes, o cabelo. Lembro das várias vezes que precisamos providenciar todas essas coisas para os usuários que estavam conosco, seja para estar na convivência do CAPS, seja para saídas para perícias no INSS, hospitais, clínica da família etc. Situações nas quais que precisaria “estar apresentável”, ou seja, “estar limpo e asseado”.

Por outro lado, para alguns usuários que estavam em situação de rua, o CAPS era o único local onde podia acessar a água, seja para beber, seja para tomar banho, seja para ir ao banheiro. Em diversos momentos recebi ligação da equipe do consultório na rua pedindo autorização para que algum usuário do equipamento, mesmo sem ter alguma questão de saúde mental mais grave que justificasse ser usuário do CAPS, pudesse tomar banho no serviço, bem como para saber se tínhamos alguma “roupa de doação” para eles. Recordo-me do estranhamento de parte da equipe quando da minha “autorização” para que esses usuários pudessem tomar banho no CAPS: “mas, eles não são usuários do CAPS”, “daqui a pouco eles (consultório na rua) vão querer que a gente dê comida, dê remédio, que durma aqui conosco”, “não somos abrigo”.

Afetos como nojo e a raiva eram constantes nesse cotidiano dos usuários na relação com seu corpo, a higiene e os outros, dentro e fora do CAPS. Nojo pelos odores e higiene precária de alguns usuários acusados de serem “sujos”, “porcos” e “imundos” e raiva pela equipe ter que se movimentar quando do pedido para tomar banho e quando da necessidade dos cuidados com a higiene. Uma contraditoriedade que chama atenção, já que a mesma mão que acusa a sujeira é a que se nega a cuidar quando do pedido e desejo de limpeza. A raiva, em alguma medida, também passava por mim, quando presenciava a equipe “fazer corpo mole” diante de pedidos e convocações dessa natureza por parte dos usuários.

Lowenkron (2022) propõe a expressão “categorias sensoriais estético-morais” para se referir aos marcadores como feiúra/beleza, fedorento/cheiroso, sujo/limpo, que são utilizados para delimitar fronteiras corporais a partir da articulação entre afetos/emoções e marcadores sociais da diferença. A autora discute sobre “las marcas que hacen cuerpos y deshacen crimines”. É exatamente nessa direção que, no cotidiano do CAPS, a sujeira e a limpeza, o fedorento e o cheiroso são acionados como marcas que vão (des)fazendo o corpo dos

usuários, vão (des)humanizando seus corpos a partir dos afetos como nojo e repulsa, de um lado, empatia compaixão, do outro. Para quais corpos e usuários os afetos hostis são endereçados? Para quais corpos e usuários os afetos afáveis são acionados no cuidado?

Por fim, a água para lavar as mãos. Como garantir tal medida sanitária de profilaxia contra a transmissão do COVID-19 diante de um contexto de escassez de água, ou do acesso a esta? Flávia Souza (2020, p.04) nos informa, com relação ao contexto da Baixada Fluminense, que apesar de “75% dos domicílios terem acesso a água encanada, não significa efetivamente que as pessoas tenham água em suas casas (Simpósio, 2014)”, pois, nas palavras dela: “são históricas a falta e as manobras de água realizadas na região, ou seja, é comum os moradores (de alguns bairros específicos) receberem água apenas 1 a 2 vezes por semana”.

É importante expor esses dados ao debate, pois assim vislumbramos o quanto há localidades no Brasil em que as condições de sobrevivência frente a uma doença, que depende de acesso a leitos de UTI, respiradores pulmonares, medidas profiláticas como lavagem das mãos, medidas relativamente simples, não são possíveis de serem tomadas/acessadas pelo conjunto da população. De todo modo, o atual momento nos sinaliza, na minha opinião, uma profunda mudança na lógica de mundo (Souza, 2020, p.05).

Dados do IBGE (2010) apontam que 93,3% do território desse município tem esgotamento sanitário adequado, 62,4% tem arborização nas vias públicas e 62,3% tem urbanização de vias públicas. Entretanto, o dado sobre a “população exposta ao risco”, no que tange ao meio ambiente, aparece como “sem dados”. O mesmo fenômeno acontece na cidade do Rio de Janeiro, na qual apesar de o IBGE (2012) apontar para o dado de que 90% da cidade tem abastecimento de água, inclusive as favelas e territórios periféricos. Pierobon e Fernandes (2023, p.29) recorrem a Quintslr (2018) para argumentar que “dizer que as favelas do Rio de Janeiro são abastecidas por água em quase sua totalidade esconde os graves problemas de fornecimento diferencial de água entre moradias e também a distribuição desigual da água pelas cidades que compõem a região metropolitana” (Quintslr, 2018).

O homem se enganando brincando de ser Deus.
Mesmo dando tudo errado, ninguém se convenceu.
Veja toda natureza que você matou!

Tantas árvores cortadas que você queimou!
E os rios desviados de seu próprio leito?
Ver tanta destruição chega dar dor no peito
Concretando toda a terra causou tanto sofrimento
Tantos erros no futuro, são lembrados no passado

A ganância, a avareza e o povo enganado
Eles se acham certos, não veem que deu tudo errado

Só pensando em riqueza, diamante, minério
 Todo cheio de empáfia, transbordando de orgulho
 Envenenando os ribeirinhos, com seu peixe com mercúrio
 (Composição: Ana Rezende)

A canção acima é de Ana Rezende, usuária do CAPS III de Jacutinga. Entro em contato com ela no tempo-espaço em que vivemos a tragédia sem precedentes no Rio Grande do Sul. Trago-a aqui para refletir sobre um fato, para discutir sobre o racismo ambiental⁶⁴. Termo cunhado em 1981 por Benjamin Franklin Chavis Jr, ativista pelo direitos civis dos negros nos EUA, para refletir sobre os efeitos dos resíduos tóxicos na população negra estadunidense. Em suas palavras, “racismo ambiental é a discriminação racial no direcionamento deliberado de comunidades étnicas e minoritárias para exposição a locais e instalações de resíduos tóxicos e perigosos, juntamente com a exclusão sistemática de minorias na formulação, aplicação e remediação de políticas ambientais”.

Quem vem sendo sistematicamente mais afetado pelos efeitos dramáticos das chuvas e enchentes, das ondas de calor, da seca, da ausência de saneamento básico e tratamento da água, enfim, pelas questões ambientais e climáticas? Dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), apontam que, no Brasil, 51,9% da população não tem acesso ao saneamento básico e 51,6% da população sem acesso ao saneamento básico é pobre e majoritariamente negra. O IBGE (2020) diz que, no país, 5,1 milhões de pessoas vivem no que chamam de “aglomerados subnormais”, ou seja, “favelas, comunidades, palafitas, grotas ou vilas, baixadas ou mocambos”.

No nosso país, sabemos que é a moradora de favela e regiões periféricas, a população indígena, quilombola e comunidades ribeirinhas que vêm mais diretamente sendo afetadas pelas mudanças climáticas e questões ambientais, pelas questões da ordem da distribuição desigual do cuidado com a infraestrutura das cidades. Assim como Pierobon e Fernandes (2023) apontam que cuidar da água é cuidar do outro. Cuidar da infraestrutura das cidades é cuidar das pessoas que a habitam.

Não há como dissociar tal discussão com o avanço da lógica neoliberal e do capital que transforma tudo em mercadoria em nome do progresso e do desenvolvimento. Com Ailton Krenak (2019), entendemos que “o abraço do progresso” tem se feito cada vez mais presente em nossas vidas. Contudo, com ele também entendemos que esse abraço tem se

⁶⁴ Disponível em: Jesus, Victor de. *Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental*. Saúde e Sociedade [online]. v. 29, n. 2, e180519, 2020 e https://www.fundobrasil.org.br/blog/como-a-peninsula-de-itapagipe-ajuda-a-entender-o-que-e-racismoambiental/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjwoPOwBhAeEiwAJuXRh4o7YkuovSzxsVPOesutBaQklccRxbP3owAJ-E7zov19XIdUdtMPhoCK8cQAvD_BwE. Acesso em: 15/04/2024.

mostrado cada dia mais insustentável. Como muito bem coloca a ativista Stephanie Ribeiro⁶⁵ (2019), “crianças negras levam tiro da polícia, sim. Assim como morrem de toxoplasmose em áreas insalubres, contaminadas em áreas que são lixões industriais e vão morrer ainda mais nas secas, fome e processos de imigração”. Portanto, falar de racismo ambiental é falar de território, de saúde mental, de construção de um mundo habitável para todos, e não apenas para alguns.

Pierobon e Fernandes (2023) etnografam o quanto a “preocupação em manter galões cheios de água em casa, de garantir o pagamento da conta de água, de compartilhar água entre vizinhos, de negociar água com traficantes ou milicianos, de reivindicar o acesso à água aos órgãos do Estado” (p.25) é algo da vida ordinária nas favelas, sobretudo para as mulheres. Mangueiras, baldes, canos, galões, caixas de água são artefatos presentes no cotidiano também dos usuários do CAPS que, em sua grande maioria, não têm “chuveiro com água encanada” em casa, quando essa existe.

O “banho de cuia”, o “banho de balde” é o normal para muitos deles. Banho que, junto com o copo de água, o lavar as mãos, o ceder água para fazer o café, podem ser entendidos como um “ato de cuidado” (Kleinman, 2015), atos que podem parecer “aparentemente simples na vida diária, cuja não garantia nos mostra a face íntima da desigualdade social que vivemos cotidianamente” (Pierobon e Fernandes, 2023, p.32). Desigualdade que além de apontar para a questão de classe, é também uma desigualdade racial.

Com Pierobon e Fernandes (2023), Anand (2017) e Schnitzler (2016) entende-se a água como aquilo que conecta a vida privada e doméstica à vida pública e política. Entre os muitos processos tornado público pela pandemia, esse também dá visibilidade ao “fato de que o acesso à água potável não está garantido às populações negras e migrantes da cidade. Por isso, tratamos a água potável como um bem vital que não é autoevidente. Ao contrário, a água é objeto das mais variadas disputas” (Pierobon, Fernandes, 2023,p.27).

Chamo atenção para o fato de a pandemia ter dado visibilidade a essa questão porque, no âmbito mais privado e doméstico de certos territórios e pessoas que estão “na linha de frente da gestão ordinária da água”, essa sempre foi uma questão. Segundo as autoras (p.26), tal questão fala sobre o lugar das mulheres na gestão da água e gestão da vida. Ao “trabalho do cuidado” (Mol; Moser; Pols, 2010; Guimarães; Hirata, 2020; Hirata; Debert 2016; Bellacasa, 2017; Fernandes; Fonseca; Fietz, 2018) e ao “trabalho ordinário de manutenção da

⁶⁵ https://www.geledes.org.br/racismo-ambiental-o-que-e-importante-saber-sobre-o-assunto/?amp=1&gad_source=1&gclid=CjwKCAjwoPOwBhAeEiwAJuXRh32lAuNIPq9m0f6hjJeHukNTwqXvIhJY8a8r8QM35iIGR62DzFS5SRoCX9cQAvD_BwE. Acesso em 15/04/2024.

vida por meio da gestão da água no qual as mulheres, mais uma vez, são as primeiras responsáveis no que estamos chamando de linha de frente desse dever” (p.26).

São as mulheres negras, pobres e/ou migrantes que majoritariamente cuidam dos idosos, dos doentes e das crianças em suas próprias casas e nas casas de classe média e alta. E são essas mesmas mulheres que lidam com a precariedade do abastecimento de água em suas casas ao mesmo tempo em que reivindicam na esfera pública o acesso à água como um direito coletivo. Por isso, nos importa pensar em como a água produz vida social e é produzida por e através dela. Defendemos que o cuidado – entendido como garantia da vida – é parte constitutiva do processo de fazer cidade e deve estar nas discussões sobre o urbano (Pierobon, Fernandes, 2023, p.26-27).

É exatamente essa dimensão da gestão da água que fica nítido nas situações relatadas a partir do cotidiano do CAPS e dos pedidos relativos ao acesso a água por seus usuários: a água produz vida social e é produzida por ela. Assim como também vimos, a água também pode desfazer a vida social, por meio da sua falta, escassez e não acesso. Sobretudo durante o contexto pandêmico e para pessoas tidas socialmente como loucas, sujas e não asseadas. A água produz e também desfaz relações, a depender do modo como se responderá aos pedidos por água e como circularão os afetos. A gestão da água, bem como da fome, apontam para experiências generificadas e racializadas. Como defende Suyá Quintslr (2018), ao analisar o abastecimento de água na cidade do Rio de Janeiro, a sua distribuição é diferencial em termos sociais, raciais e espaciais.

“A falta de água nas comunidades da cidade do Rio de Janeiro é um problema de longa duração histórica. Esse problema expõe processos de reprodução da pobreza, através dos marcadores sociais da diferença de classe, raça e gênero” (Pierobon, Fernandes, 2023, p.39). Logo, uma questão que nos convoca para uma urgente “mudança na lógica de mundo” (Souza, 2020), mudança na lógica onde se faz preciso, para alguns, se lançar em processos de sacrifício, suplício e peregrinação para acessar um bem vital: a água.

3.5 Práticas (anti)racistas: costurando passado-presente-futuro

Adeus! Adeus, eu vou morrer!
E deixo esses versos ao meu país
Se é que temos o direito de renascer
Quero um lugar, onde o preto é feliz.

Carolina Maria de Jesus

Figura 45 - Atividade do dia da consciência negra em novembro/2022.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 46 – Oficina de Trança



Fonte: Arquivo pessoal.

Propus-me, neste capítulo, a olhar para o cotidiano pandêmico do CAPS, farejar os acessos, barreiras, desafios, potencialidades, destruições e agenciamentos presentes nas exceções e no ordinário desse serviço durante a pandemia. Como disse antes, quis olhar para questões como “quem pode comer no serviço?”, “quem pode tomar banho?”, “quem pode beber água e acessar o banheiro para lavar as mãos?”. Meu ponto de partida foi a certeza de que para cada usuário que tinha o acesso permitido para alguma dessas questões, muitos outros tinham tal acesso negado: qual o saldo dessa conta? Qual o saldo dessa conta na direção do agenciamento e construção de outras e renovadas formas de habitar o mundo para os usuários negros de um CAPS de um município do território da Baixada Fluminense?

Olhar para as exceções ordinárias por meio das fotografias que resgatei aqui me faz chegar ao fim deste capítulo entendendo que os usuários negros do CAPS habitam o lugar que chamo aqui de *zona de quase-morte*. Conceito que trabalharei neste e no próximo capítulo a fim de analisar o lugar no mundo que essas pessoas ocupam, por um lado, e a função e horizonte do cuidado enquanto prática antirracista, por outro.

A *zona de quase-morte* parte da inspiração da noção de quase-eventos de Veena Das (Das, 2015), como aquilo que, apesar de não provocar rupturas na gramática do cotidiano, produzem uma atmosfera de incertezas (Das, 2020). É uma articulação com a noção de “evento crítico” (Das, 1995,2020) já trabalhada anteriormente, a “zona de não ser” que nomeia Fanon (2008), a necropolítica de Mbembe (2018a,b) e a noção de evento racial e sua relação com o tempo e espaço em Denise Ferreira da Silva (2016).

É a gestão da vida pela quase-morte, a gestão da vida pela fabricação de um corpo-zumbi, corpo-sombra, uma existência-zumbi. É o lugar da indefinição, da incerteza, é como habitar o umbral ainda em vida, o lugar limítrofe entre a vida e a morte. Umbral é um termo que tem origem etimológica nas palavras umbra, no contexto da astronomia e se refere à parte mais escura das manchas solares, do latim, significa sombra e no castelhano remete a limiar ou entrada. É utilizado na cosmologia do espiritismo⁶⁶, a partir do livro “Nosso lar” de Chico Xavier atribuído ao “espírito” André Luiz, para designar o lugar transitório, temporário, o lugar das sombras para aqueles que não aproveitaram a oportunidade de evolução na vida terrena, o lugar, portanto, de sofrimento e trevas à espera de uma definição acerca do futuro.

Viver a vida na zona de quase-morte é como “viver a vida em exceção ordinária” (Pierobon, 2018). Uma vida atravessada pela repetição, pela destruição e pela devastação. Mas, uma vida que também é marcada por tentativas de fuga, de escapamento, de saída e cura

⁶⁶ [https://pt.wikipedia.org/wiki/Umbral_\(espiritismo\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Umbral_(espiritismo)). Acesso em: 16 de abril de 2024.

dessa zona por meio de atos de resistências e agenciamentos na tentativa de produzir furos e outros corpos-mundos, pois é o “lugar em que eventos extraordinários acontecem no dia a dia e fazem com que as pessoas precisem reabitar o mundo a cada novo acontecimento” (Das, 2015b).

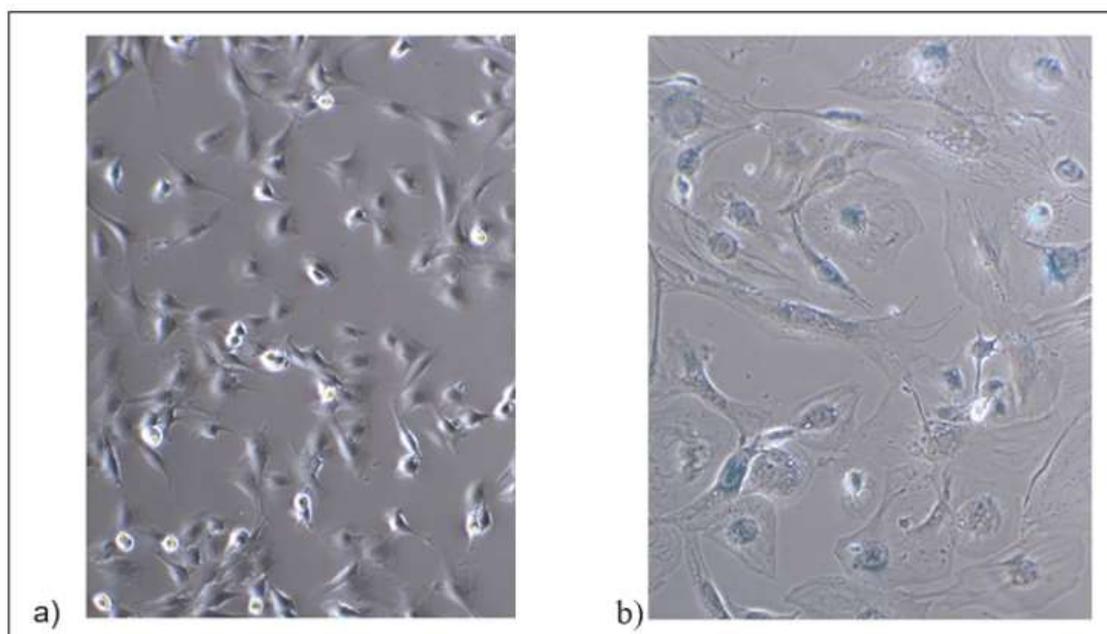
Das (2007) narra diversas ocasiões em que a violência “desce ao ordinário” (Das, 2007) e se entranha nas tramas do cotidiano. Revisitar a história da violência engendrada pela matriz moderno-colonial me permite defender que se trata de um evento crítico na vida de pessoas negras, de pessoas racializadas, quiçá o evento crítico de maior magnitude, aquele que está na origem dos processos de precarização estrutural dos modos de viver e morrer do povo preto no Brasil e no mundo ainda hoje.

Entender o processo de colonização e hierarquização de pessoas pela ficção racial como um evento crítico que não cansa de se atualizar e descer ao ordinário como prática de longa duração histórica (Costa, 2002) nos leva ao que Fanon (2008) chama de zona de não ser ao pensar na ontologia que estrutura as possibilidades de ser, ou melhor, não ser, para as pessoas negras que são empurradas para fora da inteligibilidade da ontologia humana a partir de um processo, portanto, de desumanização e animalização do corpo negro.

Para aprofundar a noção proposta de *zona de quase-morte* e a produção de *corpos-zumbi* proponho uma aproximação com um processo biológico chamado de senescência celular, estudado no campo das pesquisas sobre envelhecimento. Ao olhar para tais pesquisas, me deparei com a noção de “células zumbi⁶⁷” como as que estariam por trás do envelhecimento. São células que, em resposta a uma série de danos, param de se dividir e entram em “estado senescente”. Nosso próprio corpo, sobretudo quando mais jovens, elimina a maioria delas. Contudo, algumas permanecem no organismo, elas não estão mortas, mas também não se dividem mais, são as células zumbis.

⁶⁷Foi o pesquisador Leonard Hayflick o primeiro cientista a relatar sobre senescência celular em 1960: “o reconhecimento científico não veio facilmente. Ele descobriu a senescência celular por acidente, cultivando células fetais humanas para um projeto de biologia do câncer e notando que elas pararam de se dividir após cerca de 50 duplicações da população. Isso não foi uma grande surpresa; culturas de células muitas vezes falhavam por causa de coisas como contaminação. O surpreendente foi que outros também pararam de se dividir no mesmo ponto. O fenômeno foi mais tarde chamado de “limite de Hayflick”. A descoberta, diz Hayflick, desafiou o “dogma de 60 anos” de que células humanas normais poderiam se replicar para sempre”. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia/noticia/2022/08/31/celulas-zumbi-estao-por-tras-do-envelhecimento-e-da-vitalidade.ghtml>. Acesso em: 15/04/2024.

Figura 47 - Foto de microscópio de agosto/2022



Fonte: Dr. Xu Zhang/Mayo Clinic via AP disponível em matéria do G1.

Legenda: a) células mioblásticas saudáveis;
b) senescentes.

De acordo com o pesquisador Lebrasseur, em entrevista em matéria do G1 no dia 31 de agosto de 2022, “as células senescentes resistem à apoptose, ou morte celular programada, e caracteristicamente ficam grandes e planas, com núcleos aumentados. Eles liberam uma mistura de moléculas, algumas das quais podem desencadear inflamação e prejudicar outras células”. Além disso, “também podem estimular o crescimento de células malignas e estimular o câncer”.

Nathan LeBrasseur, pesquisador norte-americano vinculado à Clínica Mayo, onde têm sido realizadas pesquisas atualmente acerca de tais células, diz: “elas podem prejudicar as células próximas, como frutas mofadas corrompendo uma fruteira. Elas se acumulam em corpos mais velhos, cujas evidências crescentes estão relacionadas a uma série de condições relacionadas à idade, como demência, doenças cardiovasculares e osteoporose”.

A principal questão que orienta as pesquisas dos cientistas do campo é: o acúmulo de células zumbis pode ser interrompido? Importante destacar que, paradoxalmente, essas células podem ser úteis para questões específicas, como o câncer, cicatrização de feridas, desenvolvimento embrionário e parto. Os problemas começam a surgir quando elas se acumulam e fica mais difícil a sua eliminação. Uso este processo biológico para argumentar sobre os movimentos e processos engendrados na zona de quase-morte que mais do que produzir células senescentes, produz uma *vida senescente*. Vida em seu sentido

biopsicossocial: a vida biológica (corpo), a vida subjetiva (psiquismo) e a vida social e cultural na produção de um corpo zumbi, de uma *existência senescente*.

Veena Das (2020) fala da descida da violência ao ordinário a partir do processo de certa contaminação e acúmulo de eventos no corpo, um processo que Pierobon (2022) chama de duplo fazer dos corpos, ao pensar sobre o envelhecimento, adoecimento e cuidado na vida cotidiana de uma família. É justamente o acúmulo dos eventos de longa duração histórica, que aqui podem ser entendidos como o acúmulo de células zumbi, que engendra o corpo-zumbi como uma das formas de gestão do sofrimento das pessoas negras por meio da loucura e dos processos de patologização e medicalização dos efeitos do racismo. É a produção do corpo institucionalizado, do corpo cronificado, do corpo marcado pela mortificação.

É sobre formas de governo do corpo, da subjetividade, da vida, portanto. A noção de necropolítica proposta por Mbembe (2018, 2021), em diálogo com a de biopolítica de Foucault (1987), nos conta sobre o processo de construção da democracia a partir da modernidade por meio da lógica da brutalidade, da política da inimizade que produz a “saída da democracia” de pessoas racializadas que, em um movimento ficcional e persecutório, são transformadas em inimigos, no alvo a ser combatido, o alvo a estar “na mira do fuzil” (Passos, 2023).

É a produção da aniquilação, do horror, da morte como forma de gerir a vida sob o argumento de defesa e proteção contra uma ameaça inventada que existe sempre na sua virtualidade fantasmagórica. Entre os aspectos que dão base para a noção de necropolítica, também estão as ideias do racismo, que animaliza o corpo negro, o estado de exceção; que subverte as leis do estado ordinário e cria justificativa para matar, e o estado de sítio, que criminaliza e viola certos territórios. É a normalização, a naturalização do “estado de exceção” como a ordem global, como uma exceção ordinária, portanto.

Analisar os processos moleculares, nanocelulares, corpóreos e subjetivos que são gestados na zona de quase-morte é olhar para o quanto a ontogênese e a sociogênese podem engendrar a biogênese. É olhar para o quanto o social, cultural e psicológico, a partir dos dispositivos da loucura, raça, classe, gênero e território, podem (des)fazer o corpo biológico pela desumanização e mortificação. Podem fazer, portanto, o corpo-zumbi.

Como o corpo do José, homem negro, usuário do CAPS e morador da Baixada Fluminense que foi tendo o corpo mortificado pelas células zumbi (“bandido”, “cracudo”, “agressivo”, “manipulador”, “louco”, “pobre” etc.). As moléculas liberadas pelo acúmulo dessas células foi contaminando seu corpo e as (im)possibilidades da equipe, do território e até dele mesmo se ver como humano, como um “cidadão de bem”. Seu corpo foi costurado a

partir da sociogênese e da ontogênese. Sueli Carneiro (2005) chama de dispositivo de racialidade o processo de ontogênese da “construção do outro como não-ser como fundamento do ser”. A zona de quase-morte é o lugar onde passa a habitar esse Outro animalizado, esse não-ser. Afinal, o que é o corpo-zumbi senão um monstro?

Elvira Díaz-Benítez, Kaciano Gadelha e Everton Rangel (2021, p.24) questionam:

Como pode o lixo ser humano? A ambivalência deriva justamente do fato da humilhação ser uma prática de rebaixamento cujo objetivo pode não ser o de expelir o sujeito-excremento completamente para fora do terreno social, e sim o de conservá-lo nos limites tensos entre interno e externo, sujeitando-o à constante degradação e fazendo-o agir como se já não fosse humano, embora o próprio torturador saiba que ainda o é.

Para os autores, o “resquício de humanidade” que esses corpos carregam consigo, está sempre em perigo de “ser decomposto”, logo, sempre em perigo de senescer e se transformar em célula zumbi. Taniele Rui (2021), ao analisar o caso de usuários de crack em situação de rua, afirma que “os limites do social são continuamente produzidos através da humilhação direcionada ao corpo que, repetidamente tratado como lixo humano, assume a classificação que lhe foi imposta e se envergonha de assim sê-lo. ‘Olha a minha situação’, dizem os usuários” (p.24). É a vergonha da autoimagem, a vergonha sobre os olhares dos outros, dos conhecidos como resposta frente à humilhação.

O corpo-zumbi remete à dimensão da fronteira. Num diálogo com Butler (2004), Elvira Díaz-Benítez, Kaciano Gadelha e Everton Rangel (2021, p.24) afirmam que a autora “lembrando a preocupação de Mary Douglas (1976) com a homologia entre as fronteiras corporais e sociais, a autora sugere que o abjeto pode ser tanto aquilo que foi expelido do corpo quanto um corpo expelido da ordem social”. Para os autores, em ambas as situações, “o abjeto está vinculado a um trabalho de purificação realizado pelos senhores da ordem e à poluição capaz de ameaçar o social e os sistemas classificatórios, o que nos leva a indagar sobre os poderes e as fraquezas da pureza e da poluição”. Ao fim e ao cabo, é “sobre as condições de existência dos corpos que habitam as margens e transitam nas fronteiras entre o humano e o dejetivo” (p.24), corpos que transitam nas fronteiras da zona de quase-morte.

Vejo tudo parado, quieto e já silenciado
 Bem aprofundado, sereno e calmo

Figura 48 – Serenidade pela morte



“Serenidade pela Morte”

Arte criada para acompanhar o poema ao lado na página do *Facebook* da 11ª Parada Gaúcha do Orgulho Louco - 2021
 Eduardo Marciano, Espaço Travessia

Vejo a morte: quieta, imóvel,
como que se em vida a tudo já tivesse passado
 Apenas a vejo e por meio dela
 (profundamente e desde a alma)

... dela quem??
 Da morte ou da alma ...

...por meio dela, vejo tudo lá fora
 à correr, pular, dançar, viver e sofrer.
 tudo lá fora à nascer, morrer, amar e desamar

(Fabiane Valmore, set. 2020)

O poema que aciono aqui é da usuária Fabiane Valmore, ele deve ser lido, sentido e escutado junto com a arte feita pelo usuário Eduardo Marciano, como indica Fabiane. Escutar o poema e arte desses usuários me ajuda a entender que a zona de quase-morte não é apenas lugar de sofrimento, mas pode ser lugar de “serenidade” também, lugar de onde se vê tudo parado, quieto e silenciado, lugar onde a mortificação do corpo, da existência, da vida produz a “serenidade pela morte”, a serenidade pela apatia, a serenidade pela desesperança, o desamparo aprendido a duras penas.

Entre os principais objetivos dos pesquisadores do campo do envelhecimento e da senescência celular, está a expectativa de que “o número de pessoas com 65 anos ou mais duplique globalmente até 2050”. Quem tem direito a viver até 65 anos ou mais no Brasil? Quem tem o direito a envelhecer com “qualidade de vida”? A pesquisa “Envelhecimento e

desigualdades raciais” realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)⁶⁸ nos mostra que as pessoas negras vêm tendo tal direito violado, não pelo “curso natural da vida”, mas pela própria distribuição desigual da vida.

O estudo entrevistou 500 pessoas, em 2021, em três capitais brasileiras (Salvador, São Paulo e Porto Alegre), concluindo que “envelhecer é mais difícil para pessoas negras do que para pessoas brancas no Brasil em aspectos como saúde, segurança financeira e inclusão digital”. Tal dificuldade se dá, sobretudo, por aspectos como baixa escolaridade, insegurança alimentar, violência, falta de acesso à saúde, cultura e lazer. Ou seja, tal dificuldade se deve ao racismo estrutural que forja nossa sociedade fazendo com que, como ressalta Alexandre da Silva; secretário nacional dos Direitos da Pessoa Idosa do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, “o negro acumula traumas sem viver plenamente a cidadania”.

Destaco as especificidades encontradas com relação ao envelhecimento dos homens negros, como José e João. Para estes, a mortalidade prematura, a partir dos 15, é maior, geralmente devido à violência, aos riscos laborais e ao pouco acesso a serviços de saúde. “O Brasil é negro, mas o envelhecimento é branco”, diz o pesquisador Roudom Ferreira (2023). Para Lúcia Xavier (2023), coordenadora da ONG Crioula, “quem conseguiu vencer a morte neonatal, a morte na adolescência e passou dos 60 anos já ganhou na loteria”.

E quando além de negro e pobre se é louco? Como fica a expectativa de vida e o direito ao envelhecimento? Ao encontrar com usuários como José, João e tantos outros usuários e seus corpos zumbi, corpos negros mortificados e cronificados, a impressão era a de que a flecha do tempo foi invertida, o futuro chegou antecipando o envelhecimento dessas pessoas. É como se na zona de quase-morte que foram empurrados compulsoriamente a habitar houvesse uma força gravitacional que alterasse as dimensões do tempo e espaço fazendo com que o envelhecimento chegasse para seus corpos na velocidade da luz, numa relação tempo-espaço gravitacional outra, assimétrica e dessemelhante ao tempo-espaço dos habitantes do planeta Terra.

Isso nos leva a uma aproximação da noção de tempo em Denise Ferreira da Silva (2016), como um dos elementos fundamentais para compreensão da zona de quase-morte, produção dos corpos zumbi, da vida senescente. Denise (2016) nos inquieta a pensar o tempo e o espaço tensionando as noções de separabilidade e sequencialidade herdadas da modernidade. Alicerçada em uma perspectiva materialista que nomeia como “pensamento

⁶⁸Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2023/07/racismo-impacta-no-envelhecimento-dos-negros-no-brasil-aponta-pesquisa.shtml>. Acesso em: 18 de abril de 2024.

composicional ou imaginação composicional” e desde um diálogo com a ideia de imagem, de Walter Benjamin (1999), ela propõe “ler sempre ‘o que acontece’ como uma composição (decomposição ou recomposição), sempre como já um momento, que é uma composição singular, daquilo que também constitui ‘o que aconteceu e o que ainda está para acontecer’” (2016, p.409).

Dito de outro modo, “a materialidade aqui se refere à matéria no nível quântico: aquilo que entra na composição de tudo o que existe sempre como matéria/energia. Pensar a esse nível de emaranhamento exige que abandonemos (ou descentralizemos) o tempo (a quarta dimensão de Einstein)”. Exige que abandonemos ou descentralizemos “a flecha do tempo, o que explica bastante sobre a predominância do pensamento sequencial”.

Com empréstimo de Walter Benjamin (1892-1940), descrevo sempre o momento da ocorrência (distinto do local da ocorrência) já como uma composição, e necessariamente (porque composta das mesmas partículas) semelhante a outras possíveis composições (“o que aconteceu e o que ainda está para acontecer”). (Ferreira da Silva, 2016,p.409).

Isto é, no lugar de estabelecer “conexões causais (lineares)”, a perspectiva composicional defendida por Denise (2016) visa “identificar um padrão que se repete em diferentes escalas”. Para mim, é pensar as práticas de longa duração histórica. Não um pensamento racional, mas um pensamento poético que constrói imagens fractais. Benjamin (1999, p.462) entende a imagem como “artefato crítico” que rompe com o “pensamento temporal” e o “progresso histórico”. Imagem onde “o que já foi se junta em um clarão com o agora para formar uma constelação”, a imagem como “a dialética em um momento imobilizada”, afinal “apenas as imagens dialéticas são genuínas (isto é, não arcaicas); e o lugar onde as encontramos é a linguagem”.

A proposição do pensamento poético como sendo o modo de pensar o evento racial sem o tempo, sem a sua separabilidade e sequencialidade é de Denise (2016), com base no argumento de que “o evento racial é necessariamente sem tempo devido ao modo como a diferença racial reconfigura o colonial ao compreender o nativo e o escravo, como ferramenta científica (biológica) que imprime seus traços mentais (morais e intelectuais) fora da história.” (2016, p. 410).

A pensadora critica a forma de refletir da abordagem sócio-histórica que, ao pensar os efeitos do evento racial, tenta entender e estabelecer “conexões entre os tempos de outrora e o agora mesmo”. Nesse sentido, Denise (2016) defende que: “isso não funciona”. Precisamos pensar o que acontece “sem o tempo”. Em minha dissertação de mestrado (Solaterrar, 2020),

diálogo com Benjamin (1987) e Leandro Gonçalves (2018) para defender uma linguagem sobre o tempo como presente-passado-futuro, pois em “meu modo de olhar para “o passado-presente-futuro” está tudo junto e misturado no tempo e espaço da história como uma imagem, uma estética que se coloca para nós a todo instante e nos mínimos detalhes da vida cotidiana” (p.51), como pudemos ver nas imagens enquanto fotografias das “exceções ordinárias” que apresentei.

As imagens e fotografias apresentadas falam, de diferentes formas e linguagens, do desafio de habitar e gerir o (im)possível, falam da gestão da escassez, uma gestão que embaça a visão e embaralha a escuta. Foi possível perceber isso ao olhar para a gestão da fome e da sede, mas também pelo trânsito da comida, água, café na “sala da equipe”, espaço do serviço dedicado ao trânsito da equipe, seja para descansar, conversar, fazer registros, mas também para “comer e beber”. Comer e beber coisas que não estavam disponíveis para os usuários, seja no cardápio oferecido pelo CAPS, seja em suas vidas fora dali.

Para alguns da equipe, comer o mesmo almoço servido aos usuários, quando sobrava e nos era oferecido essa possibilidade, era motivo de recusa, nojo e medo de contaminação: “você come no mesmo prato e talheres que eles?!? Não tem medo de pegar alguma doença?!? Melhor evitar, questão de saúde mesmo”, escutei algumas vezes ao almoçar com “prato e talheres que os usuários usam”. Seria mesmo apenas uma questão sanitária, assim como muitos viam a pandemia?

A “sala da equipe” era um espaço de desejo que performava como um lugar de privilégio, um lugar de poder dentro daquele microuniverso do CAPS. Lembro-me de várias cenas dos usuários olhando para dentro da sala da equipe pelas grades da janela ou pela porta. Em seus olhares, assim como em suas bocas, víamos fome, sede, necessidades, desejo e pedidos, muitos e insistentes pedidos: como remédio, receita, comida e café. A gestão de tais pedidos pelo não acesso (des)fazia afetos variados, incluindo a raiva, o ódio, a inveja e a mágoa. Em algumas situações, ao escutar os “nãos” para os pedidos por *remédio*, *receita*, *comida e café*, a resposta vinha pela “explosão de raiva”, “agitação psicomotora” e “agressividade”.

Em uma dessas vezes, uma usuária “passa ao ato” e joga a garrafa térmica de café que a equipe estava bebendo e não quis compartilhar com ela “um menor”. A garrafa quase atinge um profissional da equipe. A situação é entendida como “crise psicopatológica”/“crise psiquiátrica” e na tentativa de “cuidar da usuária” o enfermeiro de plantão acaba a derrubando, quando da tentativa de fazer uma contenção com o corpo, e ela quebra a clavícula ficando um tempo com o ombro imobilizado com risco de ter que realizar uma cirurgia.

Durante muito tempo, foi preciso voltar a tal situação para refletirmos sobre: como gerir “crise” dessa ordem? Qual nosso lugar enquanto equipe, dentro ou fora da sala, na produção dessa e de outras crises?

A gestão da escassez, os desafios de habitar e gerir o (im)possível apareciam também nas avaliações da equipe a partir de valores e critérios diferentes quando a quem poderia “ficar acolhido” no CAPS, “dormir no CAPS”, ou seja, ficar no acolhimento noturno. Lembro-me de dois usuários, dois homens negros muito vinculados ao serviço e à equipe em que tal questão aparecia. Um deles era o usuário João que apresentei em seção anterior, usuário próximo aos 60 anos, tido como calmo, tranquilo e muito querido pela equipe, a ponto de parte dela, a grande maioria, bancar deixá-lo por meses no acolhimento noturno pelas preocupações com a sua saúde física e espera por um cirurgia para uma questão uretral que o incomodava muito e pela qual andarihlava por serviços de saúde suplicando para acessá-la há anos, sem sucesso.

Essa mesma equipe que permitia o acolhimento desse usuário pelas questões já levantadas e também por ele “morar numa área de risco” e “se incomodar muito com os tiros”, barrava, muitas vezes, os pedidos do outro usuário negro que não tinha nenhuma rede de apoio, estava em situação de rua e que, constantemente, pedia para “dormir no CAPS”. Seja por não ter onde dormir, seja por “medo de dormir sozinho”. Entre os argumentos usados pela equipe, estava o fato dele “ter um benefício e precisar se acostumar com a casa dele”, isso quando foi possível alugar um quarto para ele. O usuário realmente tinha benefício, mas ele, ao contrário de João, não era nada “calmo e tranquilo”, demandando bastante da equipe por meio de pedidos diversos. Ao contrário de João, ele usava parte do seu dinheiro para beber e comprar cerveja.

Usuários como esse, assim como João, José e tantos outros, ocupavam o cotidiano do serviço com dilemas éticos, dividia a equipe, nos “colocava contra a parede” a partir de dúvidas sobre permitir ou não o acolhimento noturno, manter ou não esse acolhimento. Eram demandas entendidas e nomeadas frequentemente como “acolhimento social” para diferenciar dos casos que a equipe entendia o acolhimento por “questões clínicas”. “Eles não estão em crise”. Era uma frase muito utilizada para justificar a defesa de não permitir que fossem acolhidos ou que fossem liberados do acolhimento noturno.

Qual cuidado é possível para esses usuários quando o pedido passa pelo manejo de ter onde dormir, onde comer, onde tomar banho, onde guardar roupas, colchão e outros pertences? Como manejar os pedidos para “dormir no CAPS”, para ficar no acolhimento noturno em dias de chuva e frio? Diversas vezes a equipe foi sensível a um pedido como esse

devido a esses fatores climáticos. O frio e a chuva precisaram ser critérios de avaliação do cuidado e acesso ao acolhimento noturno. Estava colocado para a equipe que, de fato, não era uma questão que sozinho daríamos conta, que não cabia apenas ao CAPS lidar com tais demandas, mas como manejá-las quando o CAPS é o único lugar, um dos poucos dispositivos da rede intersetorial do território onde o usuário pode ser acolhido e lido como gente?

Não raramente, inclusive, o CAPS era acusado por meio de afetos e reações muito negativas por outras instituições do território, sobretudo da assistência social (CRAS e CREAS), por “estar querendo aparecer”, por “se meter no trabalho da assistência” quando apostamos numa gestão da escassez, dos desafios concretos e reais dos usuários sem dinheiro, sem casa, sem comida e sem água pela articulação, por exemplo, com a justiça por meio de uma parceria super importante que construímos com a Promotoria de Justiça de Família e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria da Promotoria de Justiça de Proteção ao Idoso e à Pessoa com Deficiência.

Duas dessas situações perpassaram a garantia de abrigo para dois idosos, um homem e uma mulher negros, que viviam situações de violação e precarização da vida no âmbito familiar e, privado de suas casas, precisavam ser abrigados. Na ocasião, eles estavam em acolhimento noturno do CAPS já há um tempo e a assistência do município dava como resposta: “não temos abrigo de idosos, apenas uma Casa de Passagem”, dispositivo de abrigo temporário e que, no caso, não permitia entrada de idosos. A articulação com os setores da justiça tornou possível o abrigo deles em espaço voltado para idosos na cidade do Rio de Janeiro. Vale ressaltar que a aposta no abrigo só surgiu quando todas as outras vias pela não institucionalização já haviam sido tentadas.

Essas dinâmicas e trânsitos afetivos dizem também sobre a gestão desigual do investimento e a aposta no cuidado dos usuários. Quais casos a equipe apostava mais? Quais usuários provocavam maior paixão da equipe? Para quais a desistência vinha mais rápido? A partir de quais critérios? Essa gestão desigual aparecia muito quando dos pedidos para preencher o laudo do vale social⁶⁹, instrumento para permitir acesso a gratuidade no transporte e trânsito pela cidade para pessoas com deficiência (física, auditiva, visual ou mental) ou com doenças crônicas e que estejam em acompanhamento de saúde no SUS. A concessão do benefício depende de alguns documentos preenchidos pela unidade de saúde, entre eles, está a indicação do diagnóstico e a quantidade de vezes na semana que a pessoa vai

⁶⁹ Concedido pela Setrans (Secretaria de Estado de Transportes) através da Lei nº 4.510 de 13 de janeiro de 2005.

ao CAPS, bem como se precisa de acompanhante ou não, já que, em alguns, casos o acompanhamento também pode ter direito ao benefício.

O lugar dos afetos, da moralização, das tentativas de criar barreiras, de fortalecer os não-acessos a direitos previstos em lei como o vale social diz muito sobre esses processos de gestão desigual do cuidado a partir de critérios morais e pouco éticos ou técnicos. Muitas vezes, a equipe se valia desses pequenos e podres poderes para criar situações de humilhação para o usuário que precisava pedir, justificar, implorar pelo acesso ao transporte, seja para ele ou para o familiar/acompanhante, sob o argumento e engodo da questão técnica e da não “adesão ao PTS”, ou seja, a não ida ao serviço e a presunção, portanto, de não necessidade de transitar pela cidade. Em última instância, é o cerceamento do direito à cidade.

A gestão da escassez e do (im)possível fala sobre as práticas (anti)racistas no cotidiano pandêmico do CAPS. Fala sobre as respostas construídas pela equipe, serviço e território, sobre o cuidado e as especificidades da saúde mental da população negra. “Eu não tenho nada, sou negro, favelado, maluco, cracudo e pobre.”. Essa frase é de um jovem de 23 anos, negro, usuário do CAPS em uma das conversas com profissionais da equipe. Ele falava sobre sua desesperança na vida, em si, no futuro. Era um jovem com um sofrimento atravessado pelo “uso intenso de drogas, pela psicose e por se colocar em risco constantemente”. A família pedia internação, via nesse caminho a resposta para “salvar a sua vida”. Ele já havia ficado em acolhimento noturno algumas vezes, mas com poucos movimentos em se vincular ao serviço e manter uma rotina de cuidados para além desses momentos de cuidado pelo acolhimento noturno.

A equipe, em meio às afetações e dificuldades que o acompanhamento com ele provocava, acabava, por vezes, o responsabilizando por “não aceitar nenhuma aproximação”, “por não aderir ao PTS proposto”. Em discussão clínica do caso, algumas questões me ocorreram: qual resposta estamos dando para o usuário, para a família e para nós mesmo no sentido de pensar outros modos de cuidado que não seja a internação? Qual resposta estamos propondo frente ao manicômio e à comunidade terapêutica que estão sempre colocadas como respostas rápidas e “fáceis” para esses casos? Super responsabilizar o usuário vai produzir algum movimento no sentido do cuidado dele? Deixar a cargo dele, do querer e da adesão vai produzir cuidado? E quando se quer, se deseja, mas não se consegue bancar?

Entre as respostas que seguem ocupando lugar de bastante privilégio na rotina do CAPS está o medicamento psicotrópico, o lugar do médico e da consulta médica na gestão dos cuidados cotidianos. Essa também passou a ser uma questão de importante tensionamento e divisão da equipe. Em discussão no grupo do *Whatsapp* do serviço na noite de um sábado,

dia 11 de junho de 2022, a equipe de enfermagem que estava de plantão relata uso de “medicação injetável Sos”, 2H e 1F, ou seja, duas ampolas de haloperidol e uma de fenergan. A médica psiquiatra que acompanhava o usuário envia mensagem questionando a necessidade do uso da “medicação Sos”, se não foi possível bancar outros manejos, pela palavra, pela escuta, pelo cuidado menos invasivo.

Tal pergunta tem a função de uma gota d’água em um copo cheio que o faz transbordar. Ao transbordar, tal água inunda e agita tudo à sua volta. Inicia-se uma discussão com muitos ataques e acusações mútuas sobre o lugar do medicamento no cuidado, sobre a sobrecarga da equipe de enfermagem, sobre práticas invasivas e manicomialis, enfim, sobre o cuidado e o cotidiano no CAPS. O cuidado com o usuário e com a equipe.

Os afetos eram muitos e inundou a todos. A mim também. Na ocasião, eu estava em São Paulo escrevendo o texto de qualificação desta pesquisa e, ao acompanhar a troca de mensagens no grupo, envio uma com tom bem direto e com função de intervenção para fazer cessar o fluxo de acusações, pessoalização do processo de trabalho, desrespeito e comunicação violenta que estava acontecendo. Chamo atenção para esse modo da equipe de gerir os conflitos, as discordâncias e a diferença, um modo de gestão do conflito pela tentativa de anular o outro, um modo manicomial e fascista, portanto.

Duas outras questões me chamam atenção em tal episódio: de um lado, a médica brigando e se afetando pela desmedicalização do cuidado, de outro, parte da equipe multidisciplinar, sobretudo profissionais da enfermagem, defendendo a conduta do medicamento injetável e Sos como fundamental para a sustentação do trabalho cotidiano do CAPS, “ainda mais se for à noite e nos finais de semana quando não conseguimos falar com os médicos e ficamos muitas vezes rendidos”. O segundo aspecto aponta para outro tipo de excesso e transbordamento: o excesso de patologização, medicalização e psiquiatrização do sofrimento de pessoas negras e pobres no campo da saúde mental.

Em reunião com os gestores dos serviços de saúde mental, no primeiro semestre de 2023, foi colocada em pauta a falta de qualidade básica de alguns profissionais das equipes, de formação e de disponibilidade para o trabalho, bem como o cansaço de ocupar a gestão quando se tem que falar o óbvio o tempo todo, sobre o desgaste da gestão. Sinal dos tempos atuais? A coordenadora de saúde mental fala que “não é apenas aqui, é algo mais ampliado, no Rio também tem sido assim: todo mundo tendo opinião e querendo fazer o que quer”. Ou seja, era a “opinião pessoal” como direção do trabalho no lugar da direção técnica e ética.

Martinho Silva, na banca de qualificação deste trabalho, ocorrida em 2023, chama atenção para um “fato singular” de um dispositivo como o CAPS III, o seu caminho e

“trajetória muito tortuosa” que o faz ter a “missão de lidar com um conjunto de problemas no território durante 24h”. Essa sempre foi uma realidade do trabalho no CAPS, mas, sem dúvida alguma, a pandemia e as suas exceções ordinárias intensificaram esse desafio e armadilhas dessa “missão” que fala da "tomada de responsabilidade do serviço pelo território" (Silva, 2005).

O CAPS, se quiser seguir sendo um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, precisará atuar sempre em rede, compartilhando desafios, responsabilidades e missões. Todavia, precisará também seguir ampliando a sua clínica e a noção de crise, por exemplo. Ampliar e desconstruir o que vem nomeando como “acolhimento social”. Afinal, qual acolhimento noturno não é social em se tratando do público que o CAPS atende?

Quem tem direito a água limpa, potável e sem contaminação? Quem tem direito a um prato de comida? A uma alimentação com os nutrientes necessários⁷⁰ para a sustentação do corpo? Para uma mínima qualidade de vida? “A produção estatal da instabilidade na vida dos moradores de periferias trata-se de um projeto de poder, uma vez que é na vitalidade da casa que a garantia da sobrevivência é possível” (Pierobon e Fernandes, 2023, p. 39), como nos lembra bell hooks (2019) ao defender a importância da casa e do lar para as pessoas negras.

Ainda com as autoras, entende-se que “o fornecimento desigual de água fala também da distribuição diferencial de outras infraestruturas, todos esses voltados ao cuidado das pessoas, a saber, luz, saneamento básico, moradia, educação, mobilidade, assistência social, saúde” (p.39). A gestão da fome e da água no cotidiano do CAPS fala, enfim, da necessidade urgente de refletirmos sobre o fato de que o modo como entendemos o cuidado dos usuários diz do projeto societário (Coutinho, 2000) que queremos defender e (des)construir a cada ato de cuidado, a cada arranjo, a cada encontro.

Em aula na ENSP/Fiocruz, na disciplina sobre os efeitos do racismo na saúde, Fátima Lima (2023) sublinha e lança luz para os nanorracismos, “o racismo da navalha encardida”, “o racismo imundo” que produz, financia e apoia “o espetáculo dos corpos chafurdando na lama”. “Uma forma narcótica do preconceito”. A autora defende a questão racial como nossa espinha dorsal. Argumento que não há como analisarmos a produção do cuidado no campo da saúde mental a partir do evento crítico que foi a pandemia, por um lado, nem seguir

⁷⁰ Em recente pesquisa inédita, por exemplo, analisou-se os produtos da Nestle voltados para bebês e ficou comprovado que “produtos da corporação para crianças menores de dois anos vendidos no Sul global (América Latina, África e Ásia) contêm adição de açúcar. Já na Suíça, país-sede, os mesmos itens são livres desse ingrediente. Ver: <https://ojoioetrigo.com.br/2024/04/nestle-piores-produtos-para-bebes/>. Acesso em 18 de abril de 2024.

(des)construindo o cuidado para a população do CAPS, em sua grande maioria pessoas negras, sem considerar o evento racial como estrutural e estruturante da nossa sociedade. Davis⁷¹ (2011) diz que “as organizações de esquerda têm argumentado dentro de uma visão marxista e ortodoxa que a classe é a coisa mais importante. Claro que classe é importante. É preciso compreender que classe informa a raça”. Assim como, “raça, também, informa a classe. E gênero informa a classe. Raça é a maneira como a classe é vivida. Da mesma forma que gênero é a maneira como a raça é vivida”.

Seguindo a reflexão sobre ampliar a clínica ampliada e defender um projeto societário (Coutinho, 2000) antimanicomial em cada ato de cuidado do CAPS, resgato Severo e Dimenstein (2006, p.652) que dizem que “os serviços substitutivos, ao adotar a proposta de desinstitucionalização, deveriam substituir a relação centrada na doença, que tem como centro o hospital, para ter como referência a reprodução social do usuário e o território”. O que isso quer dizer? Isso implica ter, na centralidade do cuidado, a “reconstrução da vida e dos laços sociais diversos” do usuário. Isso implica não perdermos do nosso horizonte que o CAPS deve ser dispositivo de desinstitucionalização (Leal e Delgado, 2007) operado, pelo menos, pelo tripé rede, clínica e cotidiano do serviço.

Nessa mesma direção, afirma-se ser necessário a desinstitucionalização das teorias, epistemologias e metodologias que têm, hegemonicamente, orientado as práticas no campo. Práticas essas que, em grande medida, como mostrado aqui, podem ser lidas como práticas não só manicomiais, mas práticas racistas. É “necessário que os serviços comunitários, tal como os CAPS, alterem seu modelo cultural de referência para modificar os modelos de intervenção” (Dell’Acqua e Mezzina, 2005). O poeta Brecht, com muita insistência, nos pediu para nunca falarmos: “isso é natural! Para que nada pareça impossível de mudar”. Birman (2017) fala em alimentarmos os “desejos de resistência” frente ao campo do “mal-estar na contemporaneidade”.

Então, apesar das práticas racistas vivenciadas, no horizonte, seguíamos tendo um farol que nos fazia seguir caminhando: a sustentação de que toda vida vale a pena e a tentativa de produção de uma vida que valha a pena ser vivida para todos, e não apenas para alguns. Esse farol fez com que, em meio os afetos, cansaços, tensões, divisões, moralizações, cuidados e pandemia, fôssemos construindo, nas brechas e na contracorrente, o CAPS

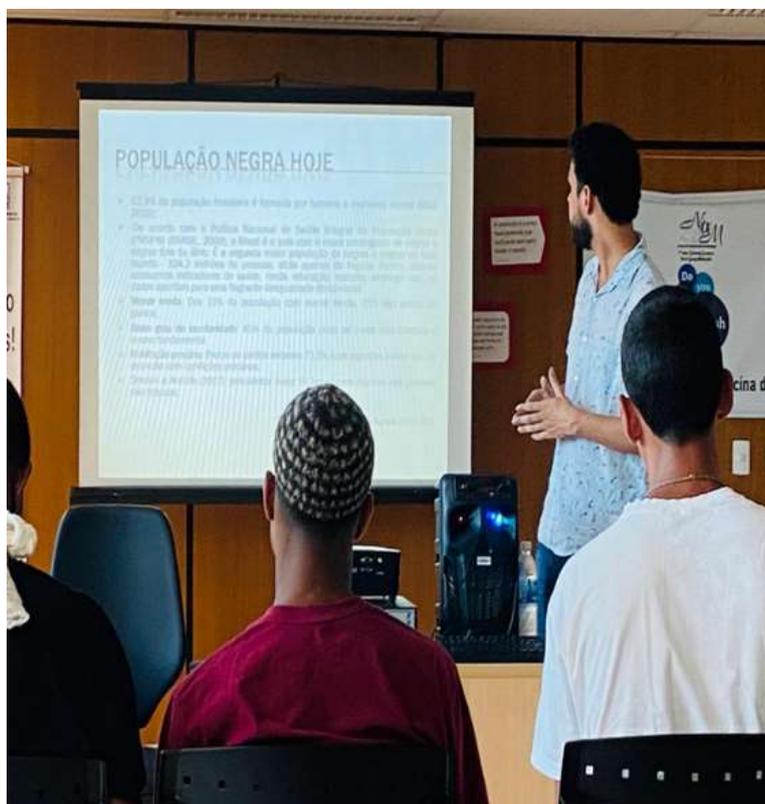
⁷¹ Artigo publicado no portal Geledés – Instituto da Mulher Negra. Disponível em: https://www.geledes.org.br/as-mulheres-negras-na-construcao-de-uma-nova-utopia-angela-davis/?amp=1&gclid=Cj0KCQiAh8OtBhCQARIsAikWb68qsGHwlvxrRmFKU3G4t8DD7ZDUbWHrftTepsfFKZRkTHmoWK3oFFAaAi-cEALw_wcB). Acessado em: 24 de janeiro de 2024.

também como um quilombo, como uma estratégia contracolonial, pela coletivização dos processos, da gestão, da tentativa de horizontalização das práticas a fim de tentar romper, ou reduzir, com a assimetria da colonialidade.

Foi nesse sentido que apostas como as que estão registradas nas imagens que abrem esta seção foram pensadas e sustentadas. Refiro-me a práticas antirracistas que passaram a fazer parte do cotidiano pandêmico do CAPS, como a oficina de trança, o diálogo com os capoeiristas do município, a roda de samba, de jongo, a ocupação de uma das praças públicas com discussão sobre racismo e saúde mental, rodas de conversa na supervisão de equipe sobre racismo, o letramento sobre o quesito raça-cor e a autodeclaração racial, a notificação de violência racial pelo SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) etc.

As reações existiam, os estranhamentos também, mas, aos poucos, a equipe ia se permitindo se movimentar e se sensibilizar para algo que estava em nossa frente a todo o tempo. Mais do que “falar sobre racismo”, cultura afrobrasileira e afins, defende-se que práticas antirracistas na saúde mental precisam transversalizar todos os atos e arranjos de cuidado, todos os PTS construídos, todo encontro e atendimento realizado, toda discussão de caso clínico construída.

Figura 49 - Roda de Conversa Racismo e Saúde Mental (SM) I



Fonte: arquivo pessoal.

Figura 50 - Roda de Conversa Racismo e SM II



Fonte: Arquivo pessoal.

As imagens acima são de atividade realizada em novembro de 2022, a partir de convite de um projeto do Fórum Regional localizado no município, para conversar sobre saúde mental e racismo com homens jovens que estão cumprindo medida alternativa. O projeto é uma parceria da Vara Criminal do Fórum com a prefeitura do município e tem como objetivo “a (re)integração social de réus que recebem acesso ao seu direito de responder seu processo em liberdade. Enquanto cumprem medida cautelar”. Como as imagens captam de forma inquestionável: são homens jovens negros. Homens jovens negros, pobres e da Baixada Fluminense que, em sua grande maioria, estão respondendo processo pelo enquadramento no crime relativo a “tráfico de drogas⁷²”.

Algo que diz muito da “guerra às drogas”, dos efeitos do racismo no judiciário e no passado-presente-futuro dos jovens negros brasileiros, já que o Brasil ocupa a terceira posição no ranking de maior população carcerária do mundo, com 839 mil pessoas, sendo que dessas

⁷² Algo que pode se tornar ainda mais comum e grave se a PEC 45, aprovada no senado brasileiro em abril de 2024, seguir avançando. “Ela pretende incluir mais um inciso no artigo 5º da Constituição, determinando que seja ‘crime posse e aporte, independentemente da quantidade, de entorpecentes e drogas afins sem autorização’. A PEC quer endurecer a Lei de Drogas (nº11.343/2006), que já é problemática ao deixar nas mãos da polícia e do sistema de justiça a diferenciação entre traficante e usuário”. Fonte: Anistia Internacional Brasil, 18 de abril de 2024.

68,2% são pessoas negras, de acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança. O IPEA, por sua vez, aponta que 68% dos réus condenados por tráfico no país são negros, mais que o dobro dos réus brancos, 31%. O estudo mostra ainda que o judiciário brasileiro⁷³ tem pouca transparência com a divulgação da quantidade de drogas apreendida que justifiquem o processo por tráfico.

Em meio a esse contexto, conversar com esses jovens, em todas as vezes que fui, fomos, enquanto serviço e equipe, convidados a ocupar um espaço muito importante. Tomo tal convite como um sinal do porvir, do devir, da possibilidade de transformação e sustentação de práticas antirracistas mesmo em meio às zonas de quase-morte relatadas. O CAPS e sua equipe, de alguma forma, se tornou uma referência para esse debate naquele território durante o período pesquisado.

Em “Las palabras andantes”, Eduardo Galeano (1994) descreve a utopia da seguinte forma: “a utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”. Qual utopia tem feito a saúde mental e a atenção psicossocial caminhar? Qual utopia tem nos feito caminhar?

Veena Das (2020) afirma que a incerteza é a marca que tece o cotidiano. No cotidiano pandêmico essa afirmação é radicalizada e ganha tons ainda mais intensos. Não sabíamos se os usuários, a equipe, nossos familiares, a gente estaria vivo na próxima semana, como seguiríamos ou como seria o mundo no pós-pandemia, como o “novo normal” iria ser normalizado. Um farol fundamental nesse contexto foi nos permitir sustentar as incertezas, como ensina Das. Sustentar as incertezas nos fez sustentar seguir na linha de frente. Sustentar as incertezas ao lidar com os protocolos sanitários universalistas nos fez nos aproximarmos com eles não do lugar do “saber total”, mas do saber localizado.

“Em meio a um ano como o que vivemos (2020), encontrar sentido ético, político e existencial na incerteza parece-me crucial” (Vianna, 2020, p.14). Sustentar as incertezas, argumento, é condição fundamental se quisermos criar novos mundos. Proponho ser necessário nos permitir habitar as *zonas de não saber* como condição e antídoto para dissolver, desmoronar, queimar as *zonas de quase-morte* que seguem alimentando os *corpos-*

⁷³ Para aprofundamento sobre a dimensão racista do sistema judiciário brasileiro, ver: Akotirene, 2024. “É fragrante fojado dôtor sua excelência” e Akotirene, 2019. “Ó paí, prezada: racismo e sexismo institucionais tomando bonde nas penitenciárias femininas”.

zumbi. Foram as *zonas de saber* que criaram as *zonas de não ser*, a que se refere Fanon (2008). Foram as certezas e verdades moderno-coloniais que construíram ontologicamente os saberes que fabricaram o lugar do Outro, corpo racializado, como lixo, como nada, como alvo.

No tempo-espaço do passado-presente-futuro, precisaremos apostar no não saber como chave, como ferramenta para desmontar os dispositivos de produção de morte, para desmontar as tecnologias de morte. As tecnologias psicossociais (Silva, 2013) produzidas pela Reforma Psiquiátrica brasileira pelo modelo de atenção psicossocial como aposta na integralidade (Pinheiro, Mattos & Ferla, 2006; Pinheiro & Mattos, 2005; Giovanella et al., 2002) como horizonte na produção do cuidado por meio do Projeto Terapêutico Singular (Brasil, 2004, 2005; Diniz, 2017). Aposta no trabalho vivo e no uso predominante das tecnologias relacionais (Franco e Merhy, 2014).

Contudo, uma pergunta segue sendo inescapável: em que medida tais tecnologias também têm, paradoxalmente, estado a serviço do projeto de morte? Em que medidas elas têm sustentado as verdade que mantém os usuários negros do CAPS, com seus corpos e existências senescentes habitando as zonas de quase-morte? Essa pergunta é inescapável pela constatação de que as tecnologias psicossociais são, como defende Martinho Silva (2005), “técnicas cujas funções terapêuticas e administrativas são articuladas”, nas quais cuidado e controle podem se encontrar, e pela aposta de que, por meio do cuidado, alimentamos determinado projeto societário. Logo, pelo cuidado e sua gestão podemos agenciar, ou não, a construção de outras formas de habitar o mundo junto e para os usuários do CAPS.

As pesquisas sobre as células senescentes estão tentando testar “medicamentos experimentais” pensados para “limpar seletivamente células senescentes”, são os chamados, até o momento, de “senolíticos”. Há também os “senomorfos” que podem “suprimir os efeitos prejudiciais de moléculas emitidas por células senescentes”. Nomeei a quase-morte como uma zona pela aposta de que trata-se de um lugar de trânsito, um lugar que, por mais que traga consigo a armadilha da cristalização e da imobilidade, permite e tem possibilidade de mudança.

O sofrimento encruzilhado (Solaterrar, 2020) é uma forma de gerir o sofrimento por meio do tensionamento dos itinerários de vulnerabilização que empurram as pessoas para as zonas de quase-morte e gestão do cuidado pelos itinerários de encruzilhamento, como direção de cura, como remédio para os corpos-zumbi. Corpos esses adoecidos pela “produção estatal da instabilidade”, esse mesmo Estado que também produz, ou ao menos tenta, formas de cuidado e estabilização, como as que experienciamos na rotina do CAPS.

Com Denise Ferreira da Silva (2016), aprendemos a olhar para as imagens como uma composição, um “padrão complexo que desordena a linearidade”. Assim, o que antes figurava como a “arquitetura jurídico-econômica colonial (conquista, colonização/ocupação, escravidão) agora figura o Estado-Capital Global” (p.411). Isto é, o mundo foi e ainda é um moinho, como canta Cartola. Fátima Lima (2018) chama Conceição Evaristo (2010, p.70) para a conversa que nos lembra, em seu romance Ponciá Vicêncio, que “os negros eram donos da miséria, da fome, do sofrimento, da revolta suicida”. Há lugar para a esperança nesse mundo?

Dizem que, “a esperança é a última a morrer”. Mia Couto (2011, p.130) discorda dizendo que, “a esperança não morre por si mesma. A esperança é morta. Não é um assassinio espetacular, não sai nos jornais. É um processo lento e silencioso que faz esmorecer os corações, envelhecer os olhos dos meninos e nos ensina a perder a crença no futuro”. Mas, ele ainda acredita que “os rios que percorrem o imaginário do meu país percorrem territórios universais e desembocam na alma do mundo. E nas margens de todos esses rios há gente teimosamente escrevendo na pedra os minúsculos sinais de esperança”.

Nada realmente acaba

Pra continuarem as mesmas, as coisas devem mudar constantemente

Consegue me ouvir?

Ou você me teme?

Podemos nos impor?

Agora é hora de encarar de frente

Não é hora de fingir

É hora de deixar o amor entrar

Vai encarar? Vai encarar? Vai encarar?

Adeus ao que já passou

À casa bela em que nunca nos assentamos

Um funeral para amigos de ocasião

Eu sou aquela que me lavou dos pecados do meu pai

Réquiem americano

As grandes ideias estão enterradas aqui.

Amém!

Na canção Réquiem Americano⁷⁴ que trago alguns trechos acima, a cantora negra estadunidense Beyoncé, profere as palavras em coro e em tom de oração política, em tom de manifesto e protesto. Réquiem é, na liturgia, uma oração para os mortos, para “o repouso da alma”. “Adeus, eu vou morrer!”, anunciou Carolina Maria de Jesus. Mas, não se trata de qualquer morte, era um morte que tinha como condição o renascimento em um lugar, em um mundo “onde o preto é feliz”. Então, que “as grandes e velhas ideias” morram, sejam enterradas para que o novo possa (re)nascer e curar os *corpos-zumbi* da sua condição de *quase-morte*.

Axé!

⁷⁴ Composição: Atia Boggs / Beyoncé / Camaron Ochs / Dan Walsh / Darius Dixon / Derek Dixie / Ernest Dion Wilson / Jon Batiste / Michael Price / Raphael Saadiq / S. Carter / Stephen Stills / Tyler Johnson. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/beyonce/american-requiem/traducao.html>. Acesso em 18/04/2024.

4 “PRECISO ESTAR BEM PARA CUIDAR DO MEU FILHO”: (DES)ENCONTROS ENTRE RAÇA, MATERNIDADE E LOUCURA

Figura 51 - *Série Ama de Leite*



Fonte: Rosana Paulino, 2005

O presente trabalho parte da aposta de que toda reprodução é política (Gingsburg; RAPP, 1995) e toda política é reprodutiva (Briggs, 2017). Com Fonseca, Marre e Rifiotis (2021, p.38) é possível afirmar que tais premissas nos levam a um giro no modo de compreensão sobre “um conjunto de práticas/ações que por um longo período foi tomado como fundamentalmente pertencente à esfera privada, relegado à invisibilidade”. O convite aqui, portanto, é olharmos para o tema da reprodução a partir da tensão das fronteiras entre o privado e o público, tensionando as visões que tomam a reprodução como essencialmente biológica, doméstica e feminina, é pensar no tema da governança reprodutiva.

Já com Tempesta (2022), espera-se “avançar no argumento de que toda política reprodutiva é racializada” (p.05). Em suas palavras, “‘racializar’ as análises no campo da reprodução contribui para politizar a temática, movendo-a para o centro da teoria social, como defendeu R. Rapp (2001), porém a partir de configurações empíricas locais (Haraway, 1995)”

(Tempesta, 2022, p.06). Assim, é a partir da experiência localizada do encontro com duas mulheres negras que se analisará sobre as “hierarquias reprodutivas racializadas no Brasil” e o modo como “a estrutura social racializada” se reproduz também “por meio do emprego diferencial de tecnologias de reprodução dos corpos individuais” (p.8).

Pretende-se resgatar, ainda, o debate sobre governança reprodutiva por meio “dos regimes morais que conectam corpos, biológicas e subjetividades para que andem de forma consequente em direção à justiça reprodutiva”. (Fonseca; Marre e Rifiotis, 2021, p.38). É, portanto, a partir desse marco teórico, ético e epistemológico acerca da reprodução que proponho uma aproximação da discussão sobre maternidade, raça e loucura.

A experiência da maternidade como algo associado, cultural e socialmente, à condição de mulher é uma realidade em diferentes momentos e contextos (Carneiro; Aquino e Jucá, 2014), fomentando discursos sobre a maternidade que trazem a ideia de que a mulher/mãe que se recusa a assumir “o seu papel” estaria na posição de uma “desnaturada”, “doente”, um “monstro” que não respeita aquilo que é da sua “natureza” (Badinter, 1985).

Camila Fernandes (2021, p.281) afirma que a figura da "mãe abandonante" é entendida como a "última fronteira do impensável feminino". Ou seja, como o lugar da anormalidade, do patológico, do desumano, do imoral, da monstruosidade. Mas, e quando essa mulher é negra e, por ter um diagnóstico de transtorno mental, é lida socialmente como louca? Por quais (des)caminhos, tensões e moralidades passa a inversão do apelo social no sentido de destituição e violação do direito/desejo a maternar?

Essa é a principal questão deste trabalho que tem como objetivo explorar os (des) caminhos, violências e agenciamentos de mulheres negras e mães que carregam consigo o estigma da loucura no desafio e tentativa de sustentação do desejo e direito de ser mãe. Para isso, será realizada uma análise do itinerário de cuidado acionado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município da Baixada Fluminense em dois casos que envolvem mulheres negras diagnosticadas com algum transtorno mental, as vicissitudes quanto ao desejo e direito de maternar e a consequente violação desse direito/desejo.

Quem tem direito a querer ter/ser mãe? Essa pergunta, lançada pela pesquisa da Ariana Alves (2021), é retomada aqui para, junto com ela, defender que nem todas as mulheres têm conseguido exercer o direito/desejo de ser mãe. A autora nos fala sobre os jogos de acusação, as denúncias e normas que vão produzindo e disputando práticas de gestão acerca de certas maternidades e populações, engendrando um contexto de guerra, em suas palavras:

Tal guerra tem colocado papéis e gramáticas para circular num embate sobre quem tem direito à maternidade, quem pode e/ou é capaz de ser/ter mãe. Trata-se, então, de uma guerra vinculada à produção de certos tipos de atributos de maternidade que podem ter direitos. Portanto, uma disputa de sentidos em torno da ideia de maternidade boa/ruim, viável/inaceitável. (p.63).

Outra dimensão trabalhada por Alves (2021) quanto a questão sobre quem pode ser e ter mãe em nosso país diz respeito à articulação dos desejos. Essa é uma questão que muito nos interessa neste trabalho por falar sobre os processos de subjetivação, os afetos, as emoções, sobre as (des)construções dos desejos e dos direitos. Assim como os direitos podem ser feitos e desfeitos (Vianna, 2013), o desejo também, o que será discutido nos casos que a serem trabalhados nas próximas sessões. Portanto, sublinha-se a aposta de trabalhar essas duas categorias de forma imbricada e relacionada aqui (desejo/direito) para ser possível seguir refletindo e tensionando sobre quem tem o desejo de ser mãe autorizado. Quem tem o direito de ser mãe legitimado?

Butler (2003), em "O parentesco é sempre tido como heterossexual?", ajuda-nos a aprofundar essa discussão sobre o (des)fazer dos direitos e dos desejos. A partir do debate ocorrido na França a respeito da legalização das uniões entre casais homossexuais, ela sugere: "o problema não é só a questão de quais relações de desejo devem ser legitimadas pelo Estado, mas de quem pode desejar o Estado, quem pode desejar o desejo do Estado". Para Butler, a questão é ainda mais complexa, pois "de quem é o desejo que pode se qualificar como desejo de legitimação pelo Estado? Mas também, o desejo de quem pode se qualificar como o desejo do Estado? Quem pode desejar o Estado? E quem o Estado pode desejar?" (p. 233-234).

Outro aspecto que se faz importante no aprofundamento da reflexão sobre a mútua (des)constituição de direitos e desejos é lembrar que toda a gramática dos direitos reprodutivos é centrada na autonomia da vontade da mulher, isto é, no seu direito de decidir ser ou não ser mãe, como mostram Mattar e Diniz (2012). Assim, esse modelo da "maternidade voluntária" busca se contrapor ao paradigma da "maternidade compulsória", com especial ênfase no direito das mulheres também escolherem não serem mães, se assim desejarem. A partir do momento em que o desejo de ser mãe deixa de ser suposto como algo universal e natural, é que passa a ser possível pensar a reprodução (ou a não reprodução) como um direito e não um dever. Direito, escolha e desejo são, portanto, na gramática dos direitos reprodutivos, interdependentes e intimamente articulados.

Nos casos que serão apresentados e analisados neste trabalho, a "vulnerabilidade", em geral, e a "loucura", em particular, tensionam a "autonomia da vontade" que fundamenta a

gramática dos direitos reprodutivos, assim como a dos direitos sexuais (Lowenkron 2015). Nesse sentido, Lowenkron (2015) contribui para esse debate ao apontar que o desejo, nessa nova ordem sexual e reprodutiva ancorada na gramática dos "direitos", só tende a ser legitimado se a vontade for considerada racional e autônoma, bem como se o exercício da sexualidade e da reprodução forem considerados "responsáveis" (direito de decidir "livre e responsabilmente"). Algo que para mulheres lidas e estigmatizadas como loucas, logo irracionais, irresponsáveis e com a capacidade de decisão e autonomia comprometidas, passa a ser uma problema. Ou seja, nem a legitimação moral do desejo e a vontade de serem mães é suficiente para tornar possível a reivindicação e garantia de tal direito.

As mulheres negras e lidas socialmente como loucas seguramente não tem podido desejar nem conseguido exercer a maternidade como têm direito em nosso país. Costa (2002) fala sobre as práticas de longa duração histórica para refletir acerca da situação das mulheres negras no pós-abolição. Rachel Passos (2023, p.34) afirma que:

Na realidade brasileira, as mulheres negras vivenciaram cotidianamente a negação da humanidade, bem como da maternidade e da experiência do ser mulher, sendo parte das engrenagens que estruturam as bases econômicas, políticas, sociais e culturais do país. (...) o projeto estabelecido para as não brancas é a destruição e a negação da maternidade, do ser mulher e da humanidade, o que faz parte das estratégias de produção e reprodução do sofrimento da violência pertencentes às manifestações do patriarcado e do racismo componentes estruturais e estruturantes do capitalismo.

Giacomini (1998) referenda tal afirmação ao defender que em nosso país houve uma priorização do potencial produtivo da mulher negra, em detrimento do reprodutivo: “a palavra mãe refere-se exclusivamente a uma relação entre mulher branca e seus filhos. Quando a escrava é a mãe, ela é mãe-preta, ou seja, ama-de-leite da criança branca” (p.34).

Pode-se afirmar que dentre as práticas de longa duração histórica citada, há um projeto que reiteradamente não autoriza “as mulheres negras a serem mães, apesar da maternidade está colocada compulsoriamente para o gênero feminino” (Passos, 2021, p.302). Consoante a isso, Angela Davis (2016), em seu clássico livro “Mulheres, raça e classe”, nos conta que no começo do século XX “a influência do eugenismo no movimento pelo controle de natalidade era inequívoca”.

Nesse sentido, a autora resgata um artigo publicado no jornal da Liga Estadunidense pelo Controle de Natalidade por Margaret Sanger, enfermeira ativista do controle de natalidade nos Estados Unidos, no qual ela afirma que “a questão capital do controle de natalidade” era “mais crianças para os aptos, menos para os inaptos” (p.205). Por outro lado, neste mesmo jornal são publicados artigos do diretor da Sociedade Eugenista Estadunidense,

Guy Irving Birch, sobre o controle de natalidade como estratégia para “prevenir o povo estadunidense de ser substituído pela estirpe negra ou estrangeira, seja pela imigração, seja por taxas de natalidade excessivamente altas, entre outras causas, neste país”.

A esterilização compulsória também foi usada como estratégia para impedir a maternidade de mulheres racializadas nesse mesmo contexto. Davis (2016, p.205) resgata outra fala pública de Margaret Sanger em 1932 sobre este tema ao afirmar que “pessoas com atraso e deficiência mental, epiléticas, analfabetas, miseráveis, que não têm condições de obter um emprego, criminosas, prostitutas e viciadas” deveriam ser impedidas de maternar. Tal questão tinha, inequivocamente, a dimensão racial no centro do debate pela crença de que a mulher negra “ainda procria de forma negligente e desastrosa, o que resulta no aumento, entre os negros ainda mais do que entre os brancos, daquela parte da população que é menos apta e menos capaz de criar filhos de maneira apropriada” (Davis, 2016, p.206).

No contexto brasileiro, ainda hoje, é possível ver os resquícios de tais premissas nos casos que serão problematizados mais adiante. Resquícios que falam do próprio modo de constituição desta nação às custas do estupro de mulheres negras escravizadas, do projeto de miscigenação e extermínio da população negra e do mito da democracia racial. Em relação a isso, temos importantes pesquisas que abordam a temática da esterilização de mulheres pobres e racializadas, o que, inclusive, chegou a motivar a criação de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI).

Os trabalhos de Andréa Moraes Alves (2014) e Monique Medeiros (2023) são importantes referências sobre o debate no contexto nacional. Ribeiro Corossacz (2009), em “O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro”, aborda o tema com profundidade histórica sobre a nação, esterilização feminina com ênfase na questão racial. Além delas, Damasco, Maio e Monteiro (2012) também debatem a relação entre as denúncias da CPI das esterilizações, o feminismo negro e os direitos reprodutivos.

Quando, além de ser mulher, negra e pobre, essa mulher é lida socialmente como louca, temos outras camadas de questões a serem refletidas. Somando-se a Carteado (2007), a Jucá e Barbosa (2023) e diversas outras pesquisadoras, o caminho e aposta escolhida aqui foi o de “colocar em suspensão as discussões moralizantes, travestidas de preocupações técnicas, sobre se essas mulheres devem/podem ou não ter filhos(as)”, pois “tais discussões reproduzem as práticas de silenciamento e a perspectiva higienista na saúde mental”. Pegando outra rota, defende-se ser “crucial escutá-las e dar visibilidade às suas narrativas. Afinal, não são os profissionais do campo da saúde, da justiça ou da assistência social que podem decidir

sobre os corpos dessas mulheres e o direito à maternidade” (Jucá e Barbosa, 2023, p. 9). Parte-se, portanto, da premissa ética de que “somente é possível falarmos de maternidade quando a mãe está em primeira pessoa.” (Souza, 2020, p.114).

Seguindo com as autoras supracitadas, não se trata de negligenciar os desafios no exercício da maternidade para uma mulher em sofrimento psíquico grave, mas, justamente por entender tais desafios, trata-se, isso sim, de priorizar a aproximação e a escuta da realidade, desejos e direitos de tais mulheres para ser possível garanti-los por meio do fortalecimento da assistência e da rede formal e informal.

É sabido que as mulheres loucas são historicamente silenciadas e deslegitimadas (Jucá e Barbosa, 2023), inclusive quanto ao seu desejo/direito de ser mãe. Sabe-se também o quanto, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda se discute pouco sobre as questões relativas a tais desafios que dizem respeito aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres usuárias dos serviços de saúde mental, bem como sobre as relações de gênero. Solaterrar e colaboradores (2014) apontam que quando se trata da dupla condição de mulher e louca, a dimensão da loucura se sobrepõe, inviabilizando as demandas e necessidades dessa mulher que está grávida e deseja exercer a maternidade. Na relação entre a saúde mental e a saúde materno-infantil, a última recua diante da louca (Jucá e Barbosa, 2023).

Olhar para as interconexões entre maternidade, raça e loucura, entendendo que raça também informa sobre classe e território, é olhar para as chamadas hierarquias reprodutivas. Com Mattar e Diniz (2012, p.108), “defende-se que diferentes aspectos das mães – tal como raça, classe social, idade e parceria sexual – determinam a legitimidade e aceitação social destas maternidades, e, portanto, suas vivências”. Ou seja, “quanto maior o número de aspectos ‘negativos’ presentes na mulher (ou casal) ao exercitar a maternidade e/ou a reprodução e cuidado com os filhos, mais próxima da base da pirâmide hierárquica estará e, ainda, maior dificuldade encontrará no exercício de seus direitos humanos”.

Inspiradas na noção de hierarquia dos atos sexuais, de Gayle Rubin, e na concepção de que o próprio exercício da reprodução e sexualidade é mediado por relações de poder e desigualdades, as autoras defendem que há maternidades que são mais ou menos legitimadas, mais ou menos aceitas e amparadas socialmente e que tal hierarquização influencia diretamente no processo de violação e destituição do direito/desejo a maternidade para algumas mulheres. Logo, “a realidade é que muitas mulheres, ao exercitarem a maternidade sem suporte – nem da família, nem do companheiro (pai da criança) ou do Estado -, tornam-se mais vulneráveis à discriminação” (Mattar e Diniz, 2012, p.113).

À luz de tal consideração, pode-se afirmar que as mulheres negras e loucas que estarão conosco nas próximas páginas são e foram mais vulneráveis não só à discriminação, mas a inúmeras outras violações de seus direitos fundamentais. Entretanto, como a história de vida dessas mulheres não foi atravessada apenas por violências e fracassos, a proposta aqui também é explorar a agência (Mahmood, 2006), esse movimento incessante que se constitui a partir da norma, para, das amarras da sociedade e das instituições estatais que cruzaram as suas vidas, dar visibilidade às suas estripulias (Rufino, 2019) anticoloniais, às suas atrevivências (Sant’Anna Junior, 2021) contra os excessos de medicalização, de acusação, de moralização, enfim, os excessos da lógica manicomial.

O encontro com as histórias de vida das mulheres negras e “loucas” que serão apresentadas nas próximas páginas nos informa sobre formas de agências, formas de habitar ativamente a norma, no caso, a norma de desejar ser mãe para ser reconhecida como mulher. É como se, ao performar insistentemente o desejo de exercer essas maternidades ininteligíveis e indesejáveis, elas ecoassem o questionamento de Sojourner Truth, "e eu não sou uma mulher?".

4.1 Método

Em termos metodológicos, a proposta foi a realização de uma etnografia multisituada (Marcus, 1995; Togni, 2014). A essência de tal proposta prático-teórica, conforme sublinham Olwing e Hastrup (1997), é uma “etnografia móvel”, que “segue as pessoas, suas conexões e relações através do espaço” (apud Togni, 2014). A etnografia se centra em um recorte que toma a pandemia de COVID-19 como marcador temporal (2020-2022) e um CAPS III de um município da Baixada Fluminense como marcador territorial.

A Baixada Fluminense é um território que faz parte da região metropolitana do Rio de Janeiro formada por 13 municípios. Na “partilha geográfica racial” (Oliveira e colaboradores, 2020) o território da Baixada Fluminense vem ocupando posições de bastante vulnerabilização no estado do Rio de Janeiro em termos de violências estruturais, violência e dificuldade de acesso a direitos e recursos básicos.

Para este trabalho, a análise se centrará na discussão do caso de duas mulheres negras socialmente lidas como loucas e que são usuárias acompanhadas por um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS), serviço de funcionamento 24h durante todos os dias da semana voltado para pessoas em situação de sofrimento psicossocial grave e componente da Rede de

Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS), de um dos municípios do território supracitado no período de 2020 a 2022. Os casos destas usuárias foram escolhidos porque trazem em comum aspectos que interseccionam o debate sobre maternidade, raça e loucura. Ratifica-se que, embora os trabalhos sobre destituição abordem frequentemente o sofrimento psíquico como um dos elementos que caracterizam as mulheres negras e pobres que têm violado o direito à maternidade, o foco do maior número das pesquisas tem sido no fato de serem “usuárias de crack e outras drogas”, como um “problema de saúde mental”, além de estarem em situação de rua, e menos no tema da loucura.

Como será discutido e analisado neste trabalho, entre as diferenças que fazem diferença está a de pensar a questão da destituição da maternidade vinculada ao CAPS Ad e ao “crack, álcool e outras drogas” ou pensar a partir do CAPS III e da articulação com a loucura, ou dos “transtornos mentais graves e persistentes”, com o campo da destituição.

Outro motivo para a escolha desses dois casos diz respeito ao fato de que durante o período de realização da pesquisa, eu também atuava como gestor desse serviço de saúde mental e participei, direta ou indiretamente, do processo de construção e mediação do cuidado que será fruto de análise neste trabalho. O fato de serem usuárias que não só atravessaram, mas afetaram, no sentido de provocar discussão, provocações e reflexões para o processo de trabalho da equipe e para o meu próprio trabalho enquanto gestor, também compõe a escolha pela eleição de tais casos. Ambas usuárias representaram, cada uma a seu modo, importantes pontos de encruzilhadas para a equipe e para o serviço recém implantado. Os dois casos atravessam o primeiro ano de implantação desse serviço como um serviço 24h de atenção à crise com funcionamento noturno e serviram de importante desafio e provocação para o futuro da instituição na consolidação enquanto um dispositivo alinhado com a Reforma Psiquiátrica brasileira e a luta antimanicomial.

O material, base das análises realizadas, foram prontuários, relatórios produzidos sobre os casos, discussão dos casos clínicos em supervisão semanal de equipe, em reuniões intersetoriais e supervisões de território, anotações em diário de campo pessoal e também meu encontro com as mulheres no espaço de convivência do CAPS; logo, as análises também tomam o resgate das minhas memórias e afetações provocadas por tais encontros.

Os procedimentos para o tratamento analítico dos dados se centram na análise socioantropológica, a partir do olhar etnográfico, e na perspectiva analítica interseccional. Toma-se a interseccionalidade como uma lente que nos permite tomar a diferença como ferramenta analítica (Brah, 2006; Piscitelli, 2008; McClintock, 2010; Moutinho, 2014). Por outro lado, a interseccionalidade é entendida aqui como uma oferta e sensibilidade

analítica, a partir da definição da Carla Akotirene (2019), pois “permite-nos enxergar a colisão das estruturas, a interação simultânea das avenidas identitárias” (p.14). É ela que nos permite olhar para as encruzilhadas, portanto, para as categorias de articulação que atravessam o corpo dessas mulheres a partir das categorias de gênero (mulher), raça (negra), classe (pobre), território (moradoras da Baixada Fluminense, periféricas, pessoa em situação de rua), mães e loucas–esquizofrênica e “cracuda”.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do IMS-UERJ, sob número CAAE 70391723.7.0000.5260. Parte-se do pressuposto que “não há desinteresse em ciência, logo, nenhuma neutralidade é possível” (Filho e Narvai, 2013, p.647). Contudo, como compromisso ético, assume-se a responsabilidade e o cuidado que a posição de pesquisador/sujeito implicado exige para ser possível construir pesquisa científica de qualidade do lugar de trabalhador/militante da RAPS e da Luta Antimanicomial. A objetividade aqui defendida é a objetividade feminista, a partir da noção de que todo saber é localizado, logo parcial (Haraway, 1995).

4.2 “Em nome do cuidado”: sobre (des)encontros que (des)estabilizam

Encontro com Maria

Conheço Maria em maio de 2018, ano em que comecei a trabalhar no território da Baixada Fluminense, na gestão de um CAPS II. Na ocasião, o serviço estava funcionando na mesma unidade física do CAPSad do município por conta da reforma do prédio do CAPS II para implantação do CAPS III. Maria era usuária do CAPSad há cerca de oito anos. Lembro que entre as questões que marcaram sobre Maria estava o fato dela ser uma mulher negra que estava em situação de rua, de ser lida por algumas pessoas da equipe como “cracuda” e com bastante dificuldade de “aderir ao tratamento proposto” para o “uso abusivo e prejudicial de substância psicoativa” e para a sua “psicose/ esquizofrenia”, por conta de suas andanças pela cidade. Juntamente com isso, havia o fato dela ser mãe de dois filhos que eram criados por sua mãe. Quanto a esse último aspecto, a equipe do CAPSad me contava que justamente naquele ano havia realizado um trabalho intenso ao longo da gestação de seu filho recém-nascido na época “para que fosse possível que a mesma ficasse com ele”, mas que não foi possível por conta de “comprometimento oriundo de uso abusivo de substância psicoativa, vulnerabilidade social e o fato de estar em situação de rua”.

Contudo, foi em 2020 que meu contato com Maria passou a ser mais intenso, quando passo a conhecê-la mais de perto. Ela estava com 32 anos e grávida de 5 meses. Aquela era a sua quinta gestação, sendo que destas houve 02 abortos (01 espontâneo e 01 provocado); sua filha estava com oito anos e seu filho com dois e viviam sob a guarda legal e responsabilidade de sua “mãe adotiva⁷⁵”. Eu atuava na gestão do CAPS, só que agora já havíamos recém implantado o CAPS III do município e tínhamos disponível nove leitos de acolhimento noturno, importante recurso para intensificação de cuidados para momentos de maior agudização do sofrimento e atenção à crise. Em discussão conjunta e em rede sobre o caso clínico de Maria, a equipe do CAPSad passou a caminhar na direção de entender o sofrimento dela não sendo apenas da ordem do uso das substâncias psicoativas (cocaína, álcool e crack, sobretudo) com diagnóstico de F19, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-11), mas com comorbidade de um sofrimento de ordem da psicose, sendo diagnosticada também como F20 (esquizofrenia).

Passado um tempo de tensionamentos e discussões entre as equipes dos dois dispositivos de cuidados sobre as responsabilidades e diferentes compreensões sobre qual sofrimento e questão era mais proeminente, quem vinha antes, o sofrimento oriundo do uso das drogas ou a desorganização pela psicose, e a quem caberia o cuidado dela (discussão constante e complexa no campo dos cuidados em saúde mental de casos com essa dupla inscrição), decide-se pelo cuidado compartilhado entre os dois serviços. Maria entra para o acolhimento noturno do CAPS III em setembro de 2020, diante da preocupação das equipes com o uso frequente que ela vinha fazendo de cocaína, álcool e crack e a falta de suporte de rede de apoio na rua.

A entrada no acolhimento noturno do CAPS III representou um importante ponto de tensão na equipe do serviço, com parte da equipe apostando que seria uma estratégia de intensificação de cuidados necessária e fundamental, enquanto outra, alegando que seria perda de tempo, pois ela não sustentaria e logo entraria em abstinência, surtaria e fugiria do acolhimento.

Em meio a tais tensões e disputas de narrativas, Maria chega no dia 09 de setembro de 2020 para o acolhimento noturno. Lembro-me de que uma das frases que ela repetia inúmeras vezes naquele dia, e pelos próximos 04 meses, foi: “preciso estar bem para cuidar de meu filho, preciso ser responsável, ter uma casa, ter dinheiro. Vocês vão me ajudar?”. Essa fala, e

⁷⁵ Ratifico que não se pretende reforçar a oposição entre a parentalidade biológica e a parentalidade pela via da adoção. Aqui as categorias “mãe biológica” e “mãe adotiva” são acionadas apenas como categorias utilizadas no campos. Por esse motivo, sempre serão aspeadas.

suas variações, era repetida muitas vezes e com uma entonação de súplica, de sofrimento, de quem tem pressa e pede por reparação, já que ela mesma resgata que já tinha perdido a guarda de seus dois outros filhos anteriores e que aquele momento poderia ser um ponto de virada, uma nova oportunidade de ter o seu desejo e direito de ser mãe garantido.

Diante do desejo explícito de ser mãe e cuidar de seu filho após o parto -, desejo este que, ao contrário do esperado por parte da equipe, foi dando contorno, estabilização e organização psíquica para Maria - outra disputa e divisão das equipes apareceu: de um lado, aqueles que defendiam o seu direito de ser mãe e o nosso papel de garanti-lo; de outro, os que estavam duvidando que ela seguiria no acolhimento noturno e que agora deslocavam as acusações morais para a alegação de que após a gravidez ela “voltaria para a mesma vida” (situação de rua e crack e não bancaria cuidar dos filhos).

Entre parte da equipe que não apostava muito na possibilidade de Maria ter uma outra história quanto aos cuidados de seus filhos, estavam alguns profissionais do CAPSad que se diziam cansados, frustrados e desacreditados com a experiência da gestação do segundo filho de Maria e a repetição de sua suposta “irresponsabilidade” e “impossibilidade para o cuidado de crianças”. Por sua vez, uma das profissionais do CAPS III passou a se aproximar de Maria, conhecendo melhor sua história de vida e seu desejo de ser mãe e cuidar de seu filho após o nascimento. Era uma redutora de danos com bastante tempo de experiência na saúde mental, ao contrário de grande parte da equipe, tanto do CAPS III, quanto do CAPSad, que não só não tinha formação e experiência, como também não tinha muito desejo de trabalho neste campo.

Por meio do movimento de tensionar as premissas e sentença pré-estabelecida de que Maria não daria conta de cuidar de seu filho, parte da equipe, encabeçada por essa profissional, movimenta-se na direção de tentar construir uma rede de apoio que torne possível o suporte necessário para Maria seguir com seu filho no puerpério. Nessas andanças e movimentos, esbarra-se na relação sempre conflituosa e difícil entre Maria e sua mãe. Relação essa, atravessada por muitas acusações entre si, muitas feridas, numa guerra onde Maria já saía de antemão em lugar de desvantagem moral pelas acusações de não ter dado conta dos cuidados dos dois filhos anteriores, ao passo que a sua mãe ficava com os ônus e sobrecargas de tal cuidado.

Num dos meus encontros com Maria, no espaço da convivência do CAPS III, ela me conta o seguinte: “- eu gosto de cigarro, mas..... não gosto. Eu fumo mais pela minha ansiedade. Mas, não gosto de cigarro. O que você acha de morar no terraço da minha mãe? Fazer um quarto lá? Porque aí posso contar com a ajuda dela. Se morar sozinha será mais difícil controlar, vou gastar o dinheiro com drogas”.

Essa conversa surge no contexto em que a equipe do CAPS III vinha tentando garantir algum benefício e recurso financeiro para ela, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), já que ela só recebia até então o Bolsa Família, que ficava sob a gestão da sua mãe para os gastos com as crianças. Neste movimento, nos espantamos em saber que por mais que Maria estivesse há mais de dez anos sendo acompanhada pela rede de cuidados intersetorial local, ainda não tinha tido acesso ao BPC, por exemplo. Entramos em contato com a justificativa, de parte da equipe do CAPSad, de que havia sido uma aposta diante da avaliação sobre o fato de que Maria gastaria todo o possível benefício com o uso de drogas. Foi tensionando e questionando tal premissa e avaliação clínica que passamos a apostar no acesso ao menos à possibilidade de tentar o BPC e, assim, avançamos nas etapas burocráticas e estávamos esperando os resultados subsequentes.

Figura 52 - Brechó CAPS III



Fonte: arquivo pessoal

Enquanto percorremos o fluxo de tal processo, Maria foi se interessando por estar com a equipe da gestão de um projeto de geração de renda do brechó da unidade a partir da venda de roupas doadas para este fim. Após finalizar um dos dias de venda, Maria me chama e faz o seguinte pedido: “Estou muito feliz com essa oportunidade. Você pode guardar o dinheiro que ganhei hoje para comprar fraldas quando meu filho nascer?”. Ou seja, o primeiro desejo dela de uso do dinheiro que havia ganho não passou pela questão do uso de drogas, como temia parte da equipe.

Em meio a movimentos como este, Maria volta e meia repetia que uma fala sobre ter outra mãe que não a mãe que conhecíamos. Falava que esta mãe a havia “roubado da minha mãe biológica”. A equipe, de forma geral, não escutava de fato o que ela estava falando,

tratava com certo desdém, como construção delirante fruto das tensões e hostilidades entre ela e a mãe. Diante da aproximação do CAPS III do caso e a aproximação da profissional redutora de danos de seus cuidados, decidimos escutar com mais atenção e cuidado essa fala que volta e meia retornava para a cena dos encontros com Maria. Precisávamos entender melhor sobre sua história, seus desejos e a possibilidade de suporte para a construção de alguma rede de apoio para os cuidados dela e da criança que iria nascer.

Portanto, foi farejando sua fala, foi legitimando o que ela estava trazendo que pudemos ter acesso a sua “mãe biológica” e a uma parte da sua história de vida que até então era entendida como “construção delirante”. Essa mulher, sua “mãe biológica”, morava num município vizinho, também pertencente à Baixada Fluminense. Em visita domiciliar agendada depois de muitas tentativas, ela nos conta que precisou deixar a filha com a “mãe adotiva”, pois estava em situação de importante vulnerabilidade quando do nascimento dela, que o combinado era um suporte pontual, mas que depois a “mãe adotiva” não permitiu que tivesse acesso a sua filha, e foi interditada da possibilidade dos cuidados e cotidiano com ela. Diante disso, Maria, em algum momento, sabe da existência dessa “mãe biológica”, mas cresceu acreditando que ela não lhe queria, que tinha lhe dado para essa outra mãe.

Porém, nas palavras da sua “mãe biológica”: “- Eu nunca me recusei a ficar com Maria, inclusive tinha contato indiretamente, pois não moro tão distante. Mas, a outra me proibia de ter contato com ela. Ela se utilizou da minha dificuldade de dinheiro para me privar do contato com minha filha e meus netos”. O que nos faz refletir como a violação dos direitos reprodutivos pela deslegitimação e interdição moral de algumas mulheres para o exercício da maternidade não é uma violência exclusivamente perpetrada pelo Estado, mas também uma forma de governança ancorada em regimes morais e relações de desigualdades dentro da própria comunidade e/ou família extensa.

Tentamos uma reaproximação das duas, conforme pedido de Maria e desejo da sua “mãe biológica”, e alguns encontros aconteceram. Maria chegou a sonhar com a possibilidade de morar próximo a ela para ter a ajuda com seu filho quando nascesse, mas, diante da situação de vulnerabilidade financeira e de saúde que ainda vivia, não foi possível contar com ela como rede de apoio.

Após 04 meses de acolhimento noturno, muitos desafios e tentativas de construção de uma rede de apoio e suporte familiar que possibilitasse que Maria seguisse junto aos cuidados e maternagem de seu filho após o nascimento, não tivemos sucesso pelas negativas e impossibilidades de várias ordens colocadas pelas pessoas que fomos tentando (“mãe biológica”, “mãe adotiva”, tias etc.). A principal aposta nesse período havia sido a

possibilidade de aluguel de uma casa próximo ao CAPS, uma espécie de moradia assistida, onde moraria Maria, seu filho e o pai da criança. Começamos a fazer um trabalho com ele, que também era usuário do CAPSad e apresentava sofrimento pelo “uso abusivo de álcool, crack e outras drogas”. Contudo, ele não sustentou e, pouco tempo depois, sumiu sem dar mais notícias de modo que perdemos o contato.

Após essa tentativa e na avaliação de que o acolhimento noturno vinha se mostrando como uma oportunidade imprescindível de oferta de cuidados e construção de possibilidades para fortalecimento de seu autocuidado, do vínculo com seus filhos e projeto de vida para o futuro, juntamente com a compreensão clínica de que a questão do uso de substância psicoativa não era a principal questão de cuidado no serviço, sendo secundário a um transtorno mental de ordem psicótica e a questões relativas à própria precarização e vulnerabilização da vida, passamos a fazer aquela que foi a última aposta antes do parto: a aposta passou a ser a ida de Maria para a casa da sua mãe junto com o bebê após o nascimento. Todavia, embora sua mãe tenha mudado de ideia em relação ao cuidado da criança, o que era inflexível até o momento, ela apresenta a condição de que Maria não fosse para casa após o parto, já que essa foi uma condição de negociação que conseguiu com o seu marido que estava ameaçando romper o casamento e sair de casa caso Maria fosse junto com a criança.

Após o parto, portanto, os cuidados com a criança passa a estar sob a guarda e responsabilidade da sua mãe. A partir disso, barreiras são criadas por ela para impedir que Maria mantenha uma rotina de cuidados, “representando” também o desejo de seu marido e o medo de desobedecê-lo; impedindo também que ela mantenha o desejo de ver os filhos e “alimente o amor pelas crianças”. Por conseguinte, como sentenciado previamente por parte da equipe que sempre se colocou na posição contrária ao movimento e apostas que vinham sendo feitas: Maria “retorna a mesma vida da rua e do crack”.

Em muitos níveis, testemunhar as repetições na história de Maria me afetou a partir da tristeza e da frustração. A história dela repete a relação entre a sua “mãe adotiva” e a “mãe biológica”, que, ao depender da segunda para garantir o cuidado dos filhos pela situação de vulnerabilidade, foi impedida pela “mãe adotiva” de maternas. Neste caso, a permanência da criança na família, que tem sido pensada nesses casos como o arranjo possível para ruptura do vínculo materno, não se revelou efetiva para a garantia do direito/desejo de Maria ser mãe.

Encontro com Conceição

Conheço Conceição em dezembro de 2020, primeiro ano da pandemia de COVID-19 e no mesmo serviço (CAPS III) e município onde Maria era acompanhada. Conceição é uma mulher negra que, quando a conheci, tinha 31 anos e estava na sua segunda gestação, seu primeiro filho tinha 15 anos e ela apresentava o diagnóstico de F20. Conceição chega ao CAPS III, recém inaugurado, em franca crise psicótica, grávida de oito meses, encaminhada pela emergência de Nova Iguaçu, cidade vizinha, recusando-se a permanecer no serviço e com atitude que oscilava entre hostilidade com a equipe, pedidos para ir embora e súplica para permanecer com seu filho após o nascimento. Era final de tarde, a enfermeira que a recebe nunca havia trabalhado com saúde mental e, assim como mais da metade da equipe, tem “medo de gente maluca”. Cerca de 30 minutos após a sua chegada, Conceição pede para ir ao banheiro e logo após terminar pega as fezes e joga na enfermeira que a estava acompanhando. A enfermeira pede ajuda da equipe e, gritando, afirma que: “não tem condição dessa mulher ficar aqui, não vou aceitar apanhar de maluco não!”.

Preciso intervir e ajudar a enfermeira no manejo da crise. Dessa forma, acabo me aproximando de Conceição; ela chora, pede desculpas e fala, ainda bastante desorganizada psiquicamente e aparentando estar com muito medo, que não é maluca, que não sabia bem porque estava ali naquele espaço e comenta, chorando, do medo de perder seu filho. Eu a acolho, explico sobre o local onde ela está e nossa intenção de cuidados com ela naquele momento. Percebo que ela estava com o braço direito imobilizado com gesso e pergunto o que havia acontecido, ela diz que tinha tomado uma surra do tráfico no bairro onde mora. Por fim, pede para descansar e permanece mais tranquila naquele dia.

No mesmo dia, ao pesquisar o seu nome nos registros do serviço, encontramos uma passagem anterior dela na unidade, quando ainda funcionava como um CAPS II, há cerca de cinco anos. Passamos, então, a entender um pouco da sua história de adoecimento. Conceição morava com sua mãe e irmão num bairro periférico da cidade, um território marcado pela forte presença do tráfico. Ela se dividia entre o trabalho no comércio do Rio de Janeiro e os cuidados com a sua mãe, que demandava cuidados por questão crônica de saúde, chegando a deixar de trabalhar para cuidar da mãe. Esta tem uma importante piora do quadro de saúde e vem a falecer. Seu irmão e vizinhos passaram a associar a morte da sua mãe a suposta negligência dela, a culpabilizando por supostamente ter deixado a mãe exposta tempo demais ao sol por vários dias na semana.

Essa história ganha força no bairro entre os vizinhos, a tal ponto que o sofrimento de Conceição se intensifica e ela abre um quadro de surto psicótico chegando a ser internada num hospital psiquiátrico no município de Quatis. É nesse momento que se aproxima do CAPS, onde tem importante melhora, tendo se envolvido em oficinas de artesanato, entretanto, um tempo depois, afasta-se do serviço. A equipe faz algumas tentativas de reaproximação, mas tem sempre como resposta a recusa dela em retornar sob o argumento de que estava curada por Deus, já que passou a ser evangélica e não precisaria mais dos cuidados do serviço. Conceição segue sua vida, com algumas oscilações de saúde mental que são acolhidas pela equipe da unidade de atenção básica próximo a sua casa onde tem duas profissionais agentes comunitárias de saúde e uma enfermeira que se vinculam muito a ela e passam a ser sua principal rede de apoio e cuidado em saúde durante os anos seguintes. Desde que sua mãe faleceu, Conceição passa a contar com o suporte de uma prima e de uma tia no cuidado de seu filho.

Até que abre novamente um quadro de desorganização psicótica que a faz andar a esmo pelo bairro, nua e com o movimento de bater em algumas pessoas. Tal movimento tem duas consequências: primeiro, ela engravida após ser estuprada por um homem, justo numa das suas saídas em crise pela rua. Segundo, ela tem o braço quebrado por uma surra que toma do seu irmão, a mando do tráfico, como forma de “correção e alerta” por estar “bebendo demais, tocando o terror no bairro, desafiando o chefe do tráfico, batendo nos vizinhos e amedrontando as crianças”.

O tema do estupro foi algo que ficou invisibilizado no cuidado pensado para Conceição pelo CAPS e rede local. Tenho a sensação de que ficou no lugar dos rumores que não mobilizam a ação. Algo que num movimento, inclusive, de autocrítica, me faz pensar: onde ficou essa questão da violência sexual nessa história? O que é cuidar de uma mulher? Por que a questão da gravidez e da possibilidade da sua destituição nos mobilizou mais do que a violência do estupro?

Essa violência também tensiona a gramática da “maternidade voluntária” dos direitos reprodutivos, sendo um desejo de filho (Nascimento, 2020) que nasce a partir de uma gravidez fruto de um estupro. Uma gravidez indesejada, mas um filho que passa a ser desejado. Talvez o aborto não possa se tornar uma alternativa desejável para Conceição devido a uma moralidade religiosa (sendo evangélica). Isso revela a dimensão dos desejos e agência constituída pelas normas e não contra elas (Foucault, 1979; Mahmood, 2006). “Desejo de filho” constituído mesmo numa relação de violência. Várias camadas sobrepostas de violações de direitos sexuais e reprodutivos numa mesma mulher.

É nesse contexto que Conceição chega ao serviço. A equipe passou a ter muitas dificuldades de manejo com ela, devido a seu comportamento de recusa constante em permanecer no serviço e de tentativas de passagem ao ato quanto a “comportamento agressivo e hostil”. Durante um dos plantões noturnos e após algumas “fugas” dela do serviço, a enfermeira do plantão a deixa sair após a equipe não dar conta de um momento de maior agitação e sofrimento dela. Ela andarilha por um tempo, até que temos notícias a partir de vídeos que começam a circular dela em franca crise, nua, sendo zoada pelos transeuntes e com um pedaço de pau na mão ameaçando as pessoas num bairro da zona Norte do Rio de Janeiro.

Tal vídeo provoca grande mobilização social e chega até alguns movimentos de mulheres negras da zona Norte do Rio, algumas ONG's, à Superintendência de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro e ao Ministério Público. Como resultado de tal mobilização e após ela subir o morro de uma das favelas da região, é levada pelos bombeiros para a emergência psiquiátrica do Hospital Municipal Philippe Pinel. O caso passa a ser judicializado, a equipe e o município culpabilizados e pressionados, e a saída dela do hospital condicionada ao dia do parto e condução direta à maternidade.

A equipe se mobiliza no sentido de articulação e mediação entre o hospital e a maternidade, garantindo os trâmites necessários para a realização do seu parto. No dia agendado, Conceição é levada para a maternidade, a equipe local apresenta importantes dificuldades de manejo e, logo após o parto, ela entra em crise e “foge” da maternidade. Retorna dois dias depois ao CAPS por conta própria e após o seu filho ser encaminhado da maternidade direto a Unidade de Acolhimento para crianças e adolescentes já com o indicativo da disponibilidade para adoção.

Ao tomar conhecimento de tal fato, iniciamos uma peregrinação para tentar dialogar com a rede intersetorial (justiça, assistência, conselho tutelar, atenção básica) no sentido de garantir o direito/desejo à maternidade expresso por ela, e na tentativa de diálogo com a família e pessoas próximas para compor uma rede (formal e informal) de cuidados para ela e o filho. Conceição passa a apresentar, no lugar de uma crise de ordem psicótica, um sofrimento intenso de ordem melancólica, do luto pela destituição, pelo afastamento do filho, vivido no puerpério. Puerpério este que estava sendo vivido no acolhimento noturno do CAPS III.

Entre os cuidados e acolhimento para ela, mantemos as negociações e tensões com o diálogo com a justiça, o conselho tutelar e a Unidade de Acolhimento. O primeiro ponto dessas tensões dizia respeito ao nome escolhido desde o momento que ela soube da gravidez. Tentamos dialogar com as instituições na direção de garantir o nome que ela vinha todo o

tempo desejando, repetindo e defendendo. Mas, essa foi a primeira batalha perdida. A segunda veio das inúmeras tentativas para que ela pudesse visitar o seu filho. Primeiro, enfrentando as resistências internas da própria equipe que defendia que ela ainda “não estava pronta para ver o filho”, “que não iria suportar e abriria um quadro de agressividade”, que “não podíamos falar para ela sobre a real situação do seu filho quanto a adoção” etc.

Depois, enfrentando as resistências dos outros dispositivos, sobretudo da própria Unidade de Acolhimento onde seu filho estava. Resistências que se encontravam no caminho do medo, da suposta periculosidade e infantilização de Conceição, um medo revestido em uma linguagem e argumentos supostamente técnicos, clínicos e burocráticos: “em nome do cuidado”. Um medo maquiado sob a alcunha de cuidado para Conceição e para seu filho. Talvez, aqui esteja uma nuance no caso da destituição pela loucura, que não é apenas em “nome da proteção da criança”, mas um afastamento “em nome do cuidado” com a mãe também. Cuidado este que aparece como tutela/controlado do desejo e exercício da maternidade.

Após um mês de negociações, após a necessidade de tomar remédio para lidar com a produção constante e abundante de leite que ela tinha, para “secar o leite”; após muita angústia e súplicas de Conceição e da equipe do CAPS, conseguimos garantir uma visita sua à instituição onde estava seu filho. Fui pessoalmente acompanhando-a junto com o técnico que era a sua referência no CAPS, um assistente social muito vinculado a Conceição e ao trabalho que estava sendo realizado. Ao chegar ao local, após vencer as resistências internas e externas à equipe do CAPS, era nítido o clima de pavor e pânico da equipe que nos recebeu.

O encontro entre Conceição e seu filho se deu em fevereiro de 2021 e é, ainda hoje, uma das cenas mais tocantes, bonitas e ao mesmo tempo difíceis que presenciei no trabalho em saúde mental, na vida. O encontro foi um transbordar de afetos ambivalentes, cuidado e emoção. Tristeza, alegria, euforia, medo, desilusão, esperança. Conceição chorou durante todo o tempo, mas também ofereceu carinho e, contrariando e surpreendendo a toda a equipe da unidade, cuidou de seu filho em alguns gestos de zelo e uma “responsabilidade” não esperada por aquelas pessoas.

Esse foi o primeiro e único encontro de Conceição com seu filho. Pouco tempo depois, à revelia do seu desejo e das tentativas de construção de uma rede que pudesse, ou dar suporte a ela para os cuidados com seu filho, ou até mesmo assumir formalmente a guarda da criança como forma de mantê-la na família e perto dela: o seu filho é encaminhado para a adoção.

Após muitos receios e hesitações, o assistente social que a acompanha banca contar para ela sobre a adoção de seu filho a partir do encaminhamento para a “família substituta” e a

“destituição do poder familiar”. Em meio a toda dificuldade do momento, Conceição para, tenta assimilar o que escutou e diz: “- Se é para felicidade dele e vontade de Deus, que seja”. Começa a chorar e continua: “- Se Deus quer assim, eu também quero”.

4.3 Maria e Conceição como figuras de causação

Fernandes (2017) nomeia figuras de causação como as “mulheres lidas como personagens de descuido e perturbadoras do cotidiano” (p.5), mulheres para as quais “para cada causação” há “a força de ação do olhar de quem vê” (p.104), de quem julga e de quem acusa. No contexto da sua pesquisa, são as “novinhas”, as “mães nervosas” e as “mães abandonantes”. Figuras que, em suas palavras, “convocam zonas de ambivalência e articulam campos de desejos e sentimentos muitas vezes considerados em oposição, como amor e horror, desejo e interdito, apego e abandono” (p.6).

São mulheres como Maria e Conceição, figuras que aglutinam “performances femininas paradoxais, provocadoras e desviantes” (p.6) por habitarem, ou serem empurradas a todo o tempo para o lugar de “louca”, “irresponsável”, “cracuda”, “perigosa” e “desnaturada”, que são desqualificadas para o exercício da maternidade, afinal, são “fábricas de marginais”. A vereadora carioca e fundadora do Movimento Moleque após a perda de seu filho para a violência de Estado, Mônica Cunha, faz um chamado para que não esqueçamos a fala do ex-governador do Rio de Janeiro que “chamou as mulheres das favelas de ‘fábricas de marginais’. E tal afirmação foi relativizada por setores da mídia e da branquitude intelectualizada. Nada mais revelador do racismo da nossa elite”.

Vianna e Farias (2011) nomeiam de “guerra das mães” o movimento social e político das mães que perderam seus filhos para a violência policial, a violência do Estado e lutam por justiça. Retomo aqui a noção e a imagem da guerra para nos aproximarmos da história dessas duas mulheres apresentadas na sessão anterior. Uma guerra pelo direito a desejar e poder ser mãe, uma guerra pelo direito a ser vista como gente e como mulher, como apta para o cuidado de crianças.

Entre as guerras travadas por essas mulheres, esteve a luta para romper com as previsões supostamente técnicas e clínicas de que a gravidez seriam pontos de desestabilização em suas trajetórias de cuidados em saúde mental, num movimento de psicologização e patologização dos seus desejos dea maternar. Alves (2021) reflete sobre o quanto a função mãe pode, pelo contrário, ser um fator de estabilização para algumas mulheres.

Nas histórias de vida de Maria e Conceição, cada uma a seu modo e por caminhos diferentes, caminhos com vicissitudes, idas e vindas, a função mãe foi fator de estabilização para ambas e, durante todo o período em que acompanhamos as suas gestações, houve a explicitação e permanência do desejo de ser mãe. Todo o nosso trabalho foi orientado e guiado por tal desejo. Alves (2021), ao pensar sobre o desejo de ser mãe, nos provoca questionando: a quem cabe sustentar o desejo? A nossa aposta foi a de que essa deveria ser uma tarefa que não caberia apenas àquelas mulheres, mas uma tarefa coletiva, tendo em vista os atravessamentos das violências de diversas ordens a que foram expostas e as que ainda poderiam ser na lida com tal desejo.

Recordo-me de uma conversa com uma das profissionais do CAPSad que mantinha um vínculo importante com Maria a quem conhecia já há muitos anos, além de ser uma das pessoas que mantinha um vínculo importante com a sua “mãe adotiva”. Foi a essa profissional que recorremos, muitas vezes, sempre precisávamos da mediação e negociação dela com essa mãe que constantemente se recusava a permitir que Maria visitasse seus três filhos, um pedido que Maria nos fazia durante todo o tempo, muitas vezes em meio a choro e desespero.

Embora essa profissional fosse uma das poucas pessoas da equipe que apostava e mediava com essa mãe a possibilidade de encontros de Maria com os filhos, tal postura foi se enfraquecendo. Isso porque, o estigma tem o poder de deteriorar a identidade do sujeito e contaminar (Goffman, 2008) o modo como os outros o veem a partir de categorias de acusação. E Maria era vista como louca, cracuda e desnaturada por muitos da equipe e da sua família, o que fez com que essa profissional fosse também contaminada pelos estigmas e categorias de acusação. A partir disso, ela passa a deslegitimar o pedido e o desejo de Maria de ver seus filhos, argumentando que todo aquele movimento de mediação com a mãe dela “não valia a pena”, porque “chegando lá ela nem vê os filhos, quer pegar comida, brigar com a mãe e nem olha na cara dos filhos”.

Após a referida conversa, na qual pude escutar um pouco sobre as frustrações e desesperança da profissional para com a possibilidade de Maria cuidar de seus filhos e também sustentar a posição da equipe do CAPS III, conseguimos garantir a visita de Maria a seus filhos no dia seguinte. As boas vindas para a equipe e para Maria foi a sua mãe afirmando em tom bastante alto e ríspido que não iria permitir que ela ficasse indo lá fazer “arruaça e provocações”, que quem ficava com a parte pesada do cuidado com as crianças era ela e que não iria mais permitir essas visitas porque além de tudo “confundia e não fazia bem para as crianças”, na mesma gramática estatal de proteção das crianças para fundamentar a violação do direito a maternar.

Maria também se exalta e as duas começam a discutir. Precisamos intervir e mediar para que pudéssemos seguir com o objetivo da visita. Contudo, passamos a entender um pouco mais da dinâmica de tais visitas e a bancar que, para que outras pudessem acontecer com o objetivo de Maria ver e estar com seus filhos durante um tempo, precisaríamos mediar tais encontros.

Fonseca, Marre e Fiotis (2021), lembra-nos do princípio do “melhor interesse da criança” que é acionado em inúmeras situações para a destituição da guarda de crianças de suas mães e famílias por se encontrarem em situação de alguma vulnerabilidade social. Com Maria e Conceição foi assim, o argumento do “melhor interesse da criança” era utilizado como sinônimo da “proteção dos seus filhos”, da preocupação com eles, sendo acionado a todo o tempo pelos diferentes atores em disputa, não apenas estatais, mas da própria família extensa. Como se o “melhor interesse da criança” não passasse pela possibilidade de ter o direito a estar com sua mãe garantido. Quem define, e com qual critério, o “melhor interesse da criança”? Em outra pergunta provocadora, Alves (2021) coloca: quem deve ser protegido, quem é vulnerável?

Nos repertórios de acusação usada para lembrar a todo o tempo que por ser “louca”, “usuária de drogas”, “cracuda”, “irresponsável e desnaturada” estaria justificado o “sequestro” de seus filhos e delegação dos cuidados para outras mulheres e famílias, num processo de violência, invisibilização e destituição de toda uma rede mais próxima a essas mulheres que poderia assumir o lugar de cuidado. Isso fica mais fortemente marcado no caso de Conceição, mas no caso de Maria, apesar de sua “mãe adotiva” ter a guarda de seus filhos, os conflitos e afastamento afetivo entre elas acaba por manter as barreiras e desafios para a sua aproximação.

Portanto, o argumento de que a prioridade é proteger e salvar as crianças nestas situações, não importando muito o que será feito da vida das mulheres, suas mães, leva-nos a um questionamento: quais crianças e adolescentes são salvos? Ou até quando essas crianças e adolescentes estarão salvaguardados por esse ímpeto salvacionista? Falo isso para trazer a questão da humilhação, encarceramento e assassinato de jovens negros, por exemplo, para quem o ímpeto salvacionista dificilmente vem atuando no sentido da sua proteção e cuidado.

Maria e Conceição são figuras que causam, são figuras que representam muitas outras mulheres, no fio das práticas de longa duração histórica (Costa, 2002), para as quais a maternidade é colocada no lugar da impossibilidade como cerne do projeto colonial (Fernandes, 2023). São mães que facilmente poderiam se encontrar com Kehinde, personagem central da obra “Um defeito de cor” (Ana Maria Gonçalves, Record, 2006).

Kehinde foi sequestrada de seu país de origem, Daomé (Benin), separada de sua família e colocada num tumbeiro. O livro vai nos apresentando as violências sofridas ao longo do processo de diáspora de uma mulher negra que “carrega no seu corpo e na sua história as marcas de diferentes atos de sujeição” (Fernandes,2023).

Entre tais atos, está o estupro que sofre por seu senhor e o impedimento de seguir com a guarda e cuidados do seu filho, Banjoko. Disputa que representa muito bem as violências da cena colonial em que “os filhos nascidos de mulheres escravizadas poderiam ser possuídos, apadrinhados ou mesmo tomados como filhos por seus senhores e sinhás” (Fernandes, 2023). Assim como Kehinde, Maria e Conceição também foram “foraclusas da cena do cuidado” de seus filhos por meio do “confisco das suas reproduções”.

Seja pela via da "separação compulsória" (Alves, 2021), da “colonialidade do cuidado” que vai destituindo as mulheres negras do direito/desejo de maternar (Passos, 2023), das tecnologias de governos que vão impedindo que mulheres com trajetória de rua, por exemplo, possam ser mães (Sarmiento, 2020) as violências vão se atualizando. No caso de Maria, a solução pela família extensa não foi suficiente para reduzir os danos da destituição da guarda de seus filhos já que ela seguiu sendo exposta a diferentes camadas de vivência do sofrimento diário e processos de humilhação. No caso de Conceição, a impossibilidade de ser mãe veio como uma sentença antecipada reafirmada na negação da família e vizinhos, pelo fantasma da periculosidade e a falha moral que passou a acompanhá-la desde a culpabilização pela morte da sua própria mãe.

Ou seja, há uma série de expectativas e performances morais voltadas para as mulheres, as quais estas precisam cumprir para acessar o direito/desejo à maternidade. Expectativas e performances que corpos e história de vida como as de Maria e Conceição dificilmente cumprirão. A verdade é que para as duas a sentença já estava precocemente decretada a partir do argumento da falha moral da loucura, do uso de drogas, da pobreza e da questão racial. Para legitimar e ratificar tal sentença, recorreu-se, em diferentes situações, aos saberes psi, médico e jurídico.

No que concerne ao saber médico, este era acionado do lugar da explicação da loucura e sofrimento dessas mulheres como incapazes estruturalmente para o cuidado de si e do outro. Afinal, como loucas, são infantis, quando não, perigosos (Foucault, 1994). Por outro, como solução e prescrição com efeitos de cura frente ao “descontrole mental e sexual” que as marcam enquanto figuras de causação. Nesse sentido, para essas duas mulheres, em algum momento do itinerário de cuidado proposto, a laqueadura aparece como uma prescrição.

No caso de Maria, pudemos acompanhar mais de perto o acionamento da laqueadura como estratégia de gestão e prescrição de solução para o seu descontrole sexual e mental, bem como para “o problema de querer, mas não poder e bancar ser mãe”. Numa articulação com a atenção básica, passamos a acompanhá-la a uma clínica da família para a participação nas “palestras educativas” do “Programa de Planejamento Reprodutivo”, condição para acesso a laqueadura, conforme previstos pela Lei. nº 026, artigos 4º e 9º e Portaria SAS/MS nº 48, artigo 4º, como estava registrado no certificado que recebeu ao final dos três encontros ocorridos entre setembro e outubro de 2020.

Lembro que acompanhar Maria nesse processo nos deu a sensação de cumprimento de uma agenda educativa protocolar com pouco espaço para as especificidades e diferenças que Maria e seu companheiro traziam em seus corpos e trajetórias de vida. Outra sensação que só foi possível acessar nesse movimento analítico feito para a escrita deste trabalho, foi o processo de consentimento de Maria em relação à laqueadura, o qual foi sendo construído muito mais a partir do desejo e prescrição da equipe do que de seu desejo propriamente dito. Há uma passagem nesse processo que me permite agora essa avaliação: desenhos construídos por Maria no período. O primeiro era o desenho dela, do seu companheiro e filhos. Na imagem, havia mais de três filhos e, quando perguntada sobre isso, Maria reafirma seu desejo de ter mais filhos com este homem que ela diz amar. O segundo desenho já é feito no contexto em que Maria estava frequentando as “palestras educativas” e estávamos em articulação com a justiça no sentido de conseguir autorização para a realização da laqueadura no município, exigência feita pela maternidade local. Neste segundo desenho, que vem acompanhado de uma carta para a promotora, já aparecia Maria, seu companheiro e três crianças, representando o seu momento atual e o suposto desejo de acesso à laqueadura. Esse desenho foi enviado para a promotora juntamente com um relatório escrito por mim e pela técnica de referência de Maria à época, em outubro de 2020. Abaixo segue um trecho:

“Diante do trabalho que vem sendo realizado e das dificuldades psicossociais, Maria vem demonstrando desejo de realizar o procedimento da laqueadura entendendo, juntamente com seu esposo, que não há condições de ter mais outro filho. A mesma foi inserida no planejamento familiar da Clínica da Família (segue em anexo documentos comprobatórios da atividade realizada) realizando todos os encontros previstos (03) juntamente com o seu companheiro e pai da criança que está esperando na atual gestação. A construção da proposta da laqueadura foi realizada com todo o cuidado que a pauta enseja, tendo em vista as características do procedimento e seu efeito na vida da usuária em questão. Todos os cuidados foram tomados no sentido da equipe se certificar de que de fato este era o método de contracepção escolhido pela Maria após inúmeras conversas e atendimentos psicossociais durante o tempo do acolhimento da mesma nesta unidade. A usuária traz que não tem condição de ter outros filhos diante das dificuldades sociais e

psíquicas que apresenta que a faz ter dificuldades para gerir o cuidado de si, dos outros, bem como alguns atos da vida civil”.

A minha compreensão atual é que ela entendeu que reafirmar o desejo pela laqueadura naquele momento era uma condição para manter a esperança que tinha em seguir perto de seu filho após o parto. Contudo, os argumentos que tomou emprestado quanto às “dificuldades sociais e psíquicas” e os desafios “para gerir o cuidado de si, dos outros, bem como alguns atos da vida civil”, nitidamente não eram dela. A laqueadura era tão importante para a equipe que acabou sendo feita, juntamente com o parto, em outro município diante da morosidade do diálogo com a justiça. Ao dar a notícia para a equipe do nascimento do filho de Maria, a primeira pergunta que parte da equipe me faz, antes mesmo de saber se ela e o bebê estavam bem, é: “- Fizeram a laqueadura?”.

Figura 53 - Maria e sua filha na maternidade



Fonte: arquivo pessoal.

Figura 54 - Chá de bebê da Maria



Fonte: arquivo pessoal.

Fernandes (2023) afirma que o constrangimento voltado para a sexualidade das mulheres está no cerne da narrativa de humanidade da mitologia judaico-cristã. Por sua vez, desde o período da escravização de pessoas negras, há uma crença nacional compartilhada de que o excesso de natalidade é responsável pela pobreza, a partir de uma suposta hipersexualidade de mulheres pobres, negras e racializadas e à despeito do fato de que os dados estatísticos vêm apontando quedas significativas das taxas de natalidade. Faya Robles (2015) desenvolve pesquisa justamente sobre os processos de regulação do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. Mulheres que

apresentam, de uma forma ou de outra, pontos de encontro com Maria e sua relação com a laqueadura.

Infelizmente, essa não é uma realidade restrita à vida de Maria e às mulheres do estudo de Faya Robles. Góes (2018) resgata a CPI de 1992 que se aproxima da prestação compulsória de métodos contraceptivos irreversíveis, sobretudo nas regiões mais pobres do país. Atos de violência que se inserem na disputa entre uma ideologia da gravidez planejada em contraponto à perspectiva pragmática do “sexo que faz filhos”, enquadrado como sexo errado e produtor de filhos em excesso (Fernandes, 2023).

Ainda a respeito da violência da esterilização compulsória, Angela Davis traz importante reflexão sobre as camadas interseccionais desse debate:

Ao longo da última década, a luta contra a prática abusiva da esterilização tem sido empreendida principalmente pelas mulheres porto-riquenhas, negras, de origem mexicana e indígenas. Sua causa ainda não foi encampada pelo movimento de mulheres como um todo. No interior das organizações que representam os interesses das mulheres brancas de classe média, tem havido certa relutância em apoiar as reivindicações da campanha contra a esterilização abusiva, porque essas mulheres frequentemente têm negado seu direito individual à esterilização quando desejam dar esse passo. Enquanto as mulheres de minorias étnicas são constantemente encorajadas a se tornarem inférteis, as mulheres brancas que gozam de condições econômicas prósperas são incentivadas, pelas mesmas forças, a se reproduzir. Dessa forma, algumas vezes elas consideram o “período de espera” e outros detalhes da solicitação do “consentimento informado” para a esterilização como inconveniências adicionais para mulheres como elas. Ainda assim, quaisquer que sejam as inconveniências para as mulheres brancas de classe média, um direito reprodutivo fundamental das mulheres racialmente oprimidas e pobres está em risco. A prática abusiva da esterilização deve acabar. (Davis, 2016, p.210).

Acompanhar Maria me fez entender que, assim como o direito pode ser feito e desfeito, o desejo também. O fazer e o desfazer do seu desejo de maternar passando pelo pedido da laqueadura nos mostra isso. Mulheres negras e lidas socialmente como loucas como ela, não têm podido desejar nem conseguido exercer a maternidade como têm direito em nosso país. Para essas mulheres, se o desejo é feito, é construído do lugar de mulher, no mesmo instante ele é desfeito e desconstruído do lugar de mulher negra e, aqui, louca. Por tudo isso, “o que é urgentemente necessário é uma ampla campanha em defesa de direitos reprodutivos para todas as mulheres – em especial para aquelas que são, com frequência, obrigadas (...) a abdicar do direito à reprodução em si.” (Davis, 2016, p.200). É nesse fio que se aposta num movimento que vai dos direitos reprodutivos (direito de não ser mãe) para a justiça reprodutiva (Fonseca, Marre e Rifiotis, 2021), isto é, de ser mãe e maternar os filhos, já que, como vimos com Davis, o que para algumas mulheres é um direito (a não reprodução), para outras é um dever.

Junto com o acionamento do saber-poder médico, o saber-poder da justiça também vem sendo acionado para legitimar a “incapacidade” de certas mulheres para a maternidade. Na relação entre direito e saúde, assiste-se a reiterados processos de judicialização da vida e do cuidado. Nos casos de Maria e Conceição, uma pergunta ficou ecoando em nós: e quando a justiça faz a gestão pela violação desse direito? Em qual chave a justiça tem operado para responder a questão sobre quem tem direito e condições de ser mãe?

Rocha (2020), com pesquisa sobre a judicialização do sofrimento e maternidade negra no Sistema de Justiça Criminal do Rio de Janeiro, e Barbosa e Jucá (2017), com pesquisa sobre as questões jurídicas em torno do poder familiar de mulheres mães lidas como loucas, têm apresentado importantes questões para esse debate que passa inevitavelmente pelas violências e violações do Estado na sua interface com a gestão da vida e do desejo das mulheres (Efrem e Melo, 2021; Gomes, 2022).

Em importante discussão sobre o Estado, Begoña (2003) nomeia de “maddening states” a capacidade do Estado de produzir loucura a partir da gestão estatal pelos afetos, num debate que a pesquisadora Marjorie Murray também faz sobre o cuidado e o controle e os limites entre a liberdade e o abandono para pensar nas faces da agência e do cuidado, na hiperagência produzidas a partir de políticas neoliberais que vão deixando, por exemplo, toda a sobrecarga do trabalho do cuidado com as mulheres.

No bojo desta discussão sobre a relação entre Estado, violência e gênero, resgato importante contribuição de Pinto (2014) que, ao estudar justamente as articulações entre gênero, maternidade e loucura no contexto indiano, aborda sobre a ética da dissolução, ou seja, sobre o quanto a reprodução pode não apenas fazer relações, mas desfazer laços. No encontro com Maria e Conceição, assisti a essa capacidade do Estado de se tornar enlouquecedor a partir da interdição, da destituição e da dissolução dos seus desejos e laços com seus filhos.

4.4 Sobre habitar a dor e o sofrimento

Rachel Passos (2023) afirma que para as mulheres negras a destruição tem se dado sobretudo pelo útero. Uma destruição que passa pelo afeto, pelo amor e que atualiza as formas de destruição a partir da colonialidade do gênero. Atualiza, portanto, uma dimensão, trabalhada por ela, que fala de uma morte que não cansa de ser produzida ainda em vida.

O encontro com o olhar de desamparo de Conceição após o período de destituição da guarda de seu filho e com a expressão de dor e desespero de Maria faziam com que eu

entendesse, cotidianamente, a afirmação de Rachel de que as mulheres negras têm sido as que mais têm utilizado medicamentos psicotrópicos no cotidiano da saúde mental. O encontro com esses olhares e expressões de dor e angústia também me fez entender que não se tratava de um “sofrimento psíquico” ou fruto de um “transtorno mental” apenas.

Conceição passou a apresentar um comportamento lido por parte da equipe como sinal e sintoma de crise toda as vezes que retornava ao CAPS após todo o ocorrido com ela e posterior liberação do acolhimento noturno. Um comportamento de tremores no corpo, olhar vago e perdido, sensação de insegurança e medo. Portanto, era de um sofrimento encruzilhado (Solaterrar, 2020) que se tratava. Um sofrimento forjado pelo encontro com o Estado, em suas múltiplas faces, o encontro com as violências estruturais e estruturantes da nossa sociedade, um sofrimento fruto dos itinerários de vulnerabilização.

Passos (2021, p.307) nos ajuda a compreender tal sofrimento, em sua especificidade enquanto um sofrimento vivido por mulheres negras:

Portanto, “nós negros estamos na lata de lixo da sociedade brasileira, pois assim determina a lógica da dominação” (Gonzales, 1984, p. 225). Os impactos gerados pelo fenômeno do racismo, do colonialismo, do sexismo, do patriarcado e do elitismo foram/são violentos para as mulheres negras, produzindo um sofrimento colonial. É esse sofrimento que assumiu a composição do existir mulher negra, tendo o genocídio como tática atualizada de expropriação da maternidade negra e que reafirma a mãe preta como “folclore dos brancos e miséria das negras” (Magalhães; Giacomini, 1983, p. 82)”.

Um sofrimento, portanto, marcado pela força da ausência (Fernandes, 2023), a presença da ausência. A ausência de seus filhos, de companheiros, de justiça, de uma rede de apoio. Um sofrimento também atravessado pelas dimensões do corpo, território e da maternidade violada e destituída. Um sofrimento que tem empurrado diversas mulheres negras para o luto materno pelas perdas de seus filhos para a violência de Estado, conforme assistimos horrorizados no documentário “Auto de Resistência”, de 2018, dirigido por Natasha Neri e Juliana Farias.

Um sofrimento que vem tendo como resposta um processo de patologização e medicalização, como nos conta Mônica Cunha:

O nosso adoecimento começa de uma forma lenta, dando sinais não muito claros e, quando percebemos, já estamos com depressão, síndrome do pânico, perda de memória. Não são poucas as mulheres que, diante de tudo isso, desenvolvem AVCs, câncer, ou mesmo dependência química. E quando temos nossos filhos assassinados, humilhados, difamados pelo mesmo Estado que, desde gravidez, nos negou saúde, educação, tempo de lazer e convivência diária, a sociedade nos aponta como inconsequentes e irresponsáveis. Temos casos de ataques cardíacos fulminantes, como ocorreu a uma das mães da chacina de Costa Barros (na qual foram

assassinados cinco jovens negros com 111 tiros ao saírem do Parque de Madureira). O mesmo ocorreu com algumas daquelas que nos precederam e a quem devemos sempre honrar a memória: as Mães de Acari. Dessa forma, vemos que a bala do Estado não atinge somente uma pessoa e sim toda uma família.

Quais outras gramáticas precisamos inventar para ler e nomear esse sofrimento para que desse modo possamos inventar outras e renovadas formas de cuidar dele? Um sofrimento gestado a partir da violação, do desfazer dos direitos e dos desejos dessas mulheres, do afastamento compulsório dessas de seus filhos, da interdição do seu desejo de maternar. A partir da gramática dos direitos reprodutivos, entende-se que o "querer" ou "desejo" dessas mulheres, enquanto elemento negado/desrepeitado, tornam-se centrais para o enquadramento ético-político-epistemológico da "destituição compulsória" enquanto uma forma de governança que viola simultaneamente os direitos e o desejo dessas mulheres de maternar seus filhos.

Não por acaso, nas denúncias de movimentos que lutam pelos direitos reprodutivos dessas mulheres, como a coletiva "Mães órfãs", de Belo Horizonte, estudada por Ariana Alves, o desrespeito ao querer/desejo dessas mulheres se torna também o elemento central para construção dessas mulheres como "vítimas" e acusação do Estado como "violador de direitos". E, em termos de agenciamento possível para essas mulheres cujas maternidades são consideradas ilegítimas, inaptas para o exercício da maternidade, performar o desejo de maternar o filho é também uma forma de construção menos abjeta de si.

Abjeção que passou a fazer parte da vida de Maria e Conceição, a partir das moléculas dos seus corpos e subjetividade. Corpos (des)feitos como corpos-zumbi, corpos e subjetividades gestadas, empurradas para a zona de quase-morte. Como argumento no capítulo anterior, viver a vida na zona de quase-morte é como "viver a vida em exceção ordinária" (Pierobon, 2018). Viver a vida na zona de não-ser (Fanon, 2008).

A imagem que tenho de Maria e Conceição após esses eventos críticos (Das, 1995; 2020) ocorridos em suas vidas é de fragmentos e pedaços de seus corpos que ficam e retornam como flashes: o olhar de desamparo, o riso forçado, a apatia, lentificação e robotização no andar de Maria, o desespero e ansiedade na fala, a angústia e inquietação das mãos de Maria. Era o encontro com os fragmentos e pedaços de corpos cortados pelos horrores das violências, destituições e desfazer dos direitos e desejos que fabricavam esses corpos-zumbi. Corpos que precisaram se fazer a partir de estratégias de proteção extrema contra a dor e o sofrimento, como nos brinda Rosana Paulino (2011) com a obra homônima que trago abaixo.

Figura 55 - Proteção extrema Contra a Dor e o Sofrimento



Fonte: Rosana Paulino, 2011

Não se tratava apenas do sofrimento gestado como transtorno mental e sofrimento psíquico, era o sofrimento produzido pela sociogênese. O luto pela morte do seu direito e desejo de matinar. O luto pela perda e morte de um filho vivo. O luto pela perda e morte da vida de seus próprios corpos, de suas próprias vidas que agora passava a ser vivida como uma vida senescente.

4.5 A gestão dos arranjos de cuidado

Fazzioni (2018) chama de arranjos de cuidados os movimentos, ações e manejos acionados pelas equipes na lida cotidiana com o desafio de produzir saúde em territórios atravessados por intensos processos de vulnerabilização. Arranjos que trazem como aspecto importante o ponto do imprevisto e da improvisação. Na esteira desse debate e a partir da experiência de construção dos arranjos de cuidado de Maria e Conceição - arranjos compostos pelas inúmeras articulações com a rede intersetorial local, acionadas a partir dos improvisos que iam sendo pensados para gerir os problemas que surgiam (clínica da família, CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Ministério Público, Vara da Infância e família, Maternidade,

Hospital Psiquiátrica etc.) e a rede informal (associação de moradores, tráfico, pastor da igreja, vizinhos e família etc.) - venho questionando sobre o direito à saúde, sobre qual saúde estamos pleiteando o direito de acesso: e quando é justamente o acesso à saúde que representa a violação?

Tal questionamento tem me levado para o tema da formação dos profissionais da ponta. Em minha experiência e na leitura de outras pesquisas sobre o assunto, tenho encontrado acionamento do lugar do “não sei como fazer”, “não tive formação para isso”, “não me sinto preparado” como justificativa para reprodução de violências, mas, a questão que fica é: para quem, para quais corpos e pessoas é dado o direito do não saber?. Outro ponto que tenho me confrontado é sobre os limites do processo de formação e educação permanente: quais os limites da formação no que tange a questões que dizem respeito à ética, aos afetos, ao respeito e ao cuidado mínimo com o outro? Enfim, inquietações sobre a formação que passe pela sensibilização dos afetos, das sensibilidades morais e políticas.

E não me refiro apenas aos cuidados em saúde, mas aos atos e gestos de todos os atores imbricados nesses casos dos diferentes lugares e instituições que ocupam. No encontro com essas mulheres e suas lutas frente aos seus direitos reprodutivos, o dispositivo de saúde mental, por meio de sua equipe (ainda que com discordâncias internas), ocupou sempre um lugar de resistência, contra-corrente e discurso contra hegemônico diante da sentença precocemente decretada para elas.

É importante, aqui, sinalizar as diferenças entre CAPSad e o CAPS III na gestão desse cuidado. Sem deixar de levar em consideração que a equipe do CAPSad vinha de um processo de muitos anos tentando algumas estratégias e tendo que lidar com os afetos da frustração, cansaço e desesperança em mudanças para a vida de Maria. Por outro lado, entende-se que o enquadramento na "loucura" pode ser mais propício para a constituição da “vítima/doente” que pode reivindicar direitos e cuidado do que o enquadramento das drogas/crack/rua/cracuda, que costuma ser mais moralizante.

Por mais que a equipe da saúde mental seja heterogênea e que, sem dúvida, resistências e desafios internos precisaram ser a todo o tempo vencidos, havia uma direção ética e técnica construída pela gestão e supervisão clínica e institucional que se alinhava à defesa de que a luta antimanicomial e o paradigma de cuidado da atenção psicossocial se alinham com a premissa ética de que não apenas toda a vida vale a pena, como precisamos nos orientar no sentido de trabalhar para a construção de uma vida digna e que valha a pena para todos. Logo, não pretendo com isso invisibilizar as diferenças e resistências internas à equipe de saúde mental, mas, isso sim, visibilizar um marco de diferença dentro da rede.

Trata-se de uma escolha por potencializar algo que a Avtar Brah (2006) fala e que dialoga com a lente da oferta analítica da interseccionalidade que tenho usado: qual diferença fez diferença na vida dessas mulheres no sentido de reduzir os danos desse processo de violência? Sem dúvida alguma, a presença dos dispositivos da saúde mental no território em questão e no momento e conjuntura específica fez diferença nessa história.

Assim como o enquadramento (Butler, 2015) pela “loucura” a partir do CAPS III. O deslocamento do enquadramento de ser apenas, ou primeiramente, "cracuda" e "moradora de rua", para ser antes de tudo "louca", merecedora portanto de cuidados por outro tipo de dispositivo dentro da rede (do CAPSad para o CAPS III), fez diferença no empenho e empatia das equipes em cuidar de Maria e dos seus desejos como parte das estratégias de cuidado para evitar agravamento psicossocial do quadro.

Entretanto, entendo ser ainda necessário seguir tensionando, questionando e transformando o modo como o cuidado vem sendo gestado, produzido e gerido no campo da saúde mental, cuidado esse voltado para certas pessoas e certos corpos. Afinal, em que medida os arranjos de cuidado que vêm sendo operados nos campos têm dado conta das maternidades construídas perambulando, das maternidades de mães andarilhas, em situação de rua, da maternidade de mães negras e loucas?

Urge, então, repensar a lógica de cuidado clássica e hospitalocêntrica do estamos aqui, venham até nós e pluralizar as noções de maternidades possíveis e inteligíveis pelos profissionais dos diferentes setores. Maternidades no plural. Pensar as maternidades nessa chave já nos leva a pensar na urgência e na necessidade de engendrar diferentes redes de acolhimento, redes de acolhimento que atendam às diferentes, e também desiguais, formas de maternar.

Pensar a maternidade no plural, leva-nos a um outro movimento: pensar nos caminhos necessários para pluralizar também o cuidado e o suporte para essas maternidades. Há uma conta que não fecha entre os padrões e noções homogêneas e reducionistas de maternidade operados pelos atores nas instituições e dispositivos públicos e a diversidade de formas de ser mãe. Uma conta que segue individualizando a responsabilidade pelo cuidado das crianças e culpabilizando certas mulheres pelo seu “fracasso”. Barbosa e Jucá (2017, p.15) afirmam que:

A ausência de redes formais e informais de cuidado para essas mulheres e suas proles intensifica o sofrimento e deixa ambas em uma situação de grande vulnerabilidade que, por vezes, resulta em situações que são interpretadas como "negligência" ou como atos de violência dessas mães para com seus (suas) filhos (as). Situações que levam ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes, retirados de suas mães sem que condições tenham sido ofertadas para que a

separação não acontecesse. Naturalizam-se os afastamentos como se o problema residisse apenas na "loucura" materna. Para que tais separações não aconteçam e para que a maternidade possa ser exercida com dignidade, nos casos de sofrimento psíquico grave, o cuidado iniciado no pré-natal deve se estender na construção do laço entre a mãe e seu bebê, através de uma rede a ser costurada a partir das necessidades de cada caso.

Rachel Passos (2023) defende um resgate ancestral para romper com os contornos que o racismo e a colonialidade nos dá. Tomando a aposta na pedagogia das encruzilhadas de Rufino (2018) como modo de pensar a perspectiva ontoancestral, junto-me nessa direção na defesa da necessidade de aproximação com as cosmologias afropindorâmicas, com a noção do bem-viver e da ética do cuidado como encantamento.

Ivanir Souza é mãe, nordestina, e compõe a Rede de Movimentos e Comunidades contra a violência (RENFA), é doula e importante figura no movimento social do Rio de Janeiro contra a violência do Estado, tendo tido um filho assassinado pela violência policial. Ela estava presente na mesa de discussão no evento realizado em dezembro de 2023 sobre “Maternidades e violências: direito à saúde e redes de acolhimento”, organizado pela Rede Transnacional de pesquisas sobre Maternidades destituídas, violadas e violentadas (REMA). Como integrante da REMA, eu estava presente na mediação desta mesa e Ivanir nos convida para o retorno ao ordinário, o “retorno à simplicidade e ao amor” quando o tema for pensar no cuidado, na relação e no laço com o outro.

4.6 Atrevivências e desobediências poéticas: a agência feminina negra em cena

Finalizo essa sessão de resultados, resgatando uma dimensão fundamental do encontro e trabalho realizado com Maria e Conceição que reitera o lugar delas enquanto figuras de causação e me convidava a todo o tempo a olhar para suas estripulias, os rasgos, as indisciplinas, os agenciamentos que elas mesmas faziam nas tentativas de sustentação do seu desejo de ser mãe e contra todas as barreiras que estavam colocadas. Finalizar olhando para tais gestos e não para os sinais e sintomas da loucura, transtorno e patologia que poderiam apresentar é, para mim, uma forma de fazer um pouco de justiça a essas mulheres e suas histórias.

Maria e Conceição, cada uma a seu modo e por caminhos distintos, causaram bastante. Maria nos gritos, súplicas e insistência para seguir no acolhimento noturno, depois para ver seus filhos, para ter acesso a algum benefício financeiro, para ter ajuda para reduzir o uso de drogas e cuidar da ansiedade; depois pelos movimentos de andanças pela rua se recusando a estar em casas, instituições e espaços fechados. Conceição, por seu gesto oposto, de fuga, de

saída e recusa a permanecer no acolhimento noturno do CAPS. Por sua hostilidade e posição ativa frente a equipe e instituições que a ameaçavam, pelos atos literais de quebrar a banca de drogas próximo a sua casa e confrontar o chefe do tráfico, por sua insistência para ir para casa, mesmo esta estando vazia, sem nenhum móvel e a equipe fortemente preocupada com a sua sobrevivência nesta casa e pelo luto que estava vivendo; enfim, por seus exercícios de atrevivência. Tais exercícios são definidos por Sant'Anna Junior (2021, p.06) como formas de “reinscrever imaginários sensíveis e revolucionários”, ou ainda, atos metodológicos gerador a partir do “útero de mulheres pretas, alicerçam-se como episteme e fundamentação, insubmissão e insurgência poética na diáspora. Enxergar, saborear, tatear, cantar, versejar e sambar os exercícios de atrevivência significa, também, afirmar que nunca coubemos no silêncio”.

Jota Mombaça (2017) afirma categoricamente que “o mundo é meu trauma”. Logo, para mulheres como ela, Maria e Conceição, não tem restado outras opção para seguir existindo a não ser habitar a rebeldia. Não qualquer rebeldia, mas a rebeldia ensinada pela Saidiya Hartman ao revisitar as histórias íntimas de meninas negras desordeiras, mulheres encrenqueiras e queers radicais para recriar a imaginação radical. É nessa confluência que surgem as desobediências poéticas, como nos ensina Grada Kilomba (2019b).

Essa forma de compreensão da agência se contrapõe à agência de Mahmood (2006), contudo, trago-a aqui por apostar na importância de sustentar a contradição, o paradoxo, o isso e o aquilo. Se, por um lado, Maria e Conceição performaram a agência a partir da sujeição ativa, do habitar a norma ao reivindicar seu direito/desejo de filho, por outro, não se adequaram nem se silenciaram frente às tentativas de destituição desse mesmo direito e desejo de habitar a norma (ser mãe) a partir da rebeldia e da atrevivência. Por isso, argumento a importância de articulação dessas duas perspectivas de agência a partir do encontro e análise com suas histórias de vida.

Milton Santos aponta como tem sido o “papel dos pobres” em nosso contexto social. Em suas palavras, “a pobreza é uma situação de carência, mas também de luta, um estado vivo, de vida ativa, em que a tomada de consciência é possível. Miseráveis são os que se confessam derrotados. Mas os pobres não se entregam. Eles descobrem cada dia formas inéditas de trabalho e de luta” (2000, p. 132).

Maria e Conceição, sem dúvida alguma, foram descobrindo e reinventando práticas de luta cotidianas para seguir questionando o que estava colocado para elas. Ariana Santos (2020) lança mão da categoria da agência feminina negra para pensar nas mulheres negras como sujeitos políticos que regem negociações e transformações sociais e políticas. É

exatamente assim que as vejo, pois foi a partir do contato com suas atrevivências, rebeldias, encrencas e desobediências que foi possível seguir tentando ampliar as práticas e arranjos de cuidado que estavam sendo gestados e caminhar na direção do resgate da dimensão da comunidade e do coletivo, como nos inspira a experiência dos quilombos e a experiência das mulheres negras nas favelas na gestão da vida cotidiana.

“Ô, Neide, cadê menino?”: notas para seguirmos nos inquietando

Cabô, vinte anos de idade
 Quase vinte e um
 Pai de um, quase dois
 E depois das 20 horas
 Meu filho, volte pra casa!
Cabô
Ô, Neide, cadê menino?

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
 (Música Cabô, Luedji Luna)

Finalizo este texto a partir da visita à música da cantora negra baiana Luedji Luna. Uma letra que toca na dor e sofrimento de mães que perderam seus filhos para as violências, mas que nos provoca e demanda atos e movimentos de reparação, acolhimento e cuidado. Nesse sentido, Butler (2015) analisa que as guerras, de forma geral, “algo que divide as populações entre aquelas pessoas por quem lamentamos e aquelas por quem não lamentamos” (p. 64). Assim, a partir da guerra das mães e da música “Cabô”, fica o questionamento: por quais meninos temos chorado? Quais meninos convocam nossa dor? “Quais vidas são passíveis de luto?”.

As histórias sobre as quais nos debruçamos aqui não são histórias com finais felizes, não são histórias de mães que conseguiram manter a guarda e o cuidado de seus filhos, pelo contrário, é a história de mães que tiveram a morte de seus filhos vivos. Mas, foram histórias de mulheres negras que, através de muita causação, conseguiram transformar os seus casos em uma grande, importante e definitiva causa para a equipe de saúde mental do CAPS III envolvida com os seus cuidados.

Ao me aproximar dessas mulheres a partir da categoria da “figura de causação”, também tinha como objetivo acionar essa dimensão do encontro com elas, não de qualquer

encontro, mas de encontros que desestabilizaram, desorganizaram a equipe. Encontros de uma equipe e serviço recém inaugurado na ocasião, mas que foram, a duras penas, percorrendo do caso delas até a causa que passou a defender. Essa é, em alguma medida, a própria história do movimento da luta antimanicomial. A história em que o encontro com denúncias e violações de casos de usuários dos serviços provoca a construção de causas coletivas para lutar pelo fim dos manicômios e construção do cuidado digno e ampliado.

Nesse sentido, uma das principais funções do CAPS no cuidado com essas mulheres, como efeito do processo de a partir de seus casos se tornar uma causa para a equipe, foi o resgate das suas histórias, foi permitir a elas o direito à história, à memória. Aqui, mais uma vez, o CAPS se faz um quilombo, como defendido no capítulo 03, o CAPS opera a partir desse modo de organização coletiva e social, dessa tecnologia de vida de viver e habitar o aqui e o agora num constante resgate e atualização ancestral.

Camila Fernandes (2023) se questiona sobre: o que faz uma mãe? E ela mesma pontua: o lugar da casa. Chego ao final deste trabalho, colocando que, além disso: o lugar da razão, da sanidade também tem feito diferença, já que nos casos das mulheres com que trabalhei aqui, o diagnóstico psiquiátrico e a questão da loucura foram decisivos na destituição da maternidade de ambas. É por essas e outras que a pergunta sobre quem pode ser mãe segue sendo respondida afirmativamente apenas para algumas mulheres.

Não obstante, como já defendido, o enquadramento pela loucura também fez diferença nos arranjos de cuidado na tentativa de constituir uma maternidade socialmente amparada. Logo, uma diferença importante em relação às formas de gestão das mulheres atendidas apenas pelo CAPSad, as mulheres que são apenas enquadradas como “cracudas”, “moradoras de rua”. A loucura, portanto, singularizou e orientou, de algum modo, os seus itinerários e arranjos de cuidado diferenciados. Foi uma ferramenta para gerir o cuidado pelo sofrimento encruzilhado (Solaterrar e Lowenkron, 2020b, p.01), pois, ao mesmo tempo que intensificou seus itinerários de vulnerabilização as empurrando para as zonas de quase-morte, possibilitou formas de agência individuais e coletivas, portanto, ampliou as possibilidades de fortalecimento dos itinerários de encruzilhamento (Solaterrar, 2020a), as possibilidades de “transformar a dor e botar a cara no sol”.

É por essas e outras que, como vimos, o lugar de doente (louca), “cracuda” e desnaturada seguiu contaminando, desumanizando e impossibilitando o lugar de Maria e Conceição de serem vistas e respeitadas como mães. Num movimento estrutural de repetição da displicência do Estado brasileiro em assumir a responsabilidade na agenda do cuidado das crianças (Fernandes, 2023). Movimento este que nos tem levado a uma naturalização da

violência, a violência racista como o ordinário e o extraordinário sendo o cuidado e práticas de liberdade para essas mulheres: não por acaso, a mortalidade materna de mulheres negras é mais que o dobro do que das mulheres brancas.

O “ser mãe” não depende de uma dimensão natural e a-social. É sobre a importância e, muitas vezes, condição de possibilidade para o exercício da maternidade, a dimensão de uma maternidade que seja socialmente amparada (Mattar, Diniz, 2012). Isso implica a defesa e garantia dos direitos da maternidade desde o cuidado em saúde público, gratuito e de qualidade, passando pelo ciclo gravídico-puerperal, até a licença maternidade e o direito à creche e escolas públicas (Diniz, 2000).

Ser mãe pede, portanto, outras e renovadas experiências de maternidade. Jucá e Barbosa (2023, p. 12) chamam Collins (2019) para essa conversa ao afirmar que construir experiências de maternidades mais compartilhadas é possível.

Collins (2019), em seu livro “Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento”. Neste livro, ela nos fala de um modo de maternidade, no qual o cuidado com a prole é compartilhado de forma solidária. E a criação dos filhos se dá de forma comunitária: “(...) as comunidades africanas e afro-americanas reconhecem que atribuir a uma única pessoa a plena responsabilidade pela maternagem nem sempre é uma opção sensata ou mesmo viável.” (Collins, 2019, p. 298). Nesse caso, pensando nas mulheres que acompanhamos na pesquisa, observamos um trabalho por parte delas para criar as redes sociais de apoio. A ausência das mesmas agrava o sofrimento de mães e filhos e lança ambos no desamparo, sobretudo, nos momentos de crise. Como afirmamos acima, os espaços de engajamento político têm sido importantes nesse sentido. Através dele, essas mulheres tecem relações solidárias para a sustentação dessa maternidade.

Tecer relações solidárias para o cuidado das e entre mulheres é fundamental. Vanessa Andrade (2023, p.07), ao “analisar as relações de cuidado no mandato da Atenção Psicossocial” coloca luz na “centralidade de figuras femininas como principais cuidadoras de usuários da RAPS”, num processo histórico, reforçado pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB), de feminilização do cuidado. Sua pesquisa aponta para “a forma como essas mulheres, em seus distintos lugares sociais, respondem a esse mandato, criando relações de aliança e suporte mútuo, incluindo a ampliação de suas redes de apoio e cuidado no território”, porém, também a partir de “tensões e disputas discursivas”.

Isto é, as mulheres cuidadoras, familiares, são peças centrais na desinstitucionalização do cuidado em saúde mental, são peça chave para o próprio sucesso da RPB. Mas, não são cuidadas com a mesma entrega e disponibilidade, especialmente quando são mães. Até encontram quem cuide de seus filhos, mas não delas mesmas. Em minha pesquisa, nota-se que no território há escassez de cuidado para essas mulheres, para além da equipe de saúde

mental, ao passo que há excesso de acusações e punições de familiares, excesso de abandono e dissolução do cuidado e das relações.

É preciso uma aldeia para educar uma criança. Esse é um provérbio africano que muito tem a nos ensinar sobre o cuidado de crianças e o exercício da maternidade. A perspectiva afropindorâmica nos ensina que a gestão dos sonhos precisa ser coletiva. Mas, nas experiências cotidianas, temos assistido a repetições no que tange ao contato com experiências pessoais, ou de pessoas próximas, de violência engendrando os caminhos da formação e construção de ativismo, esse foi o caso de grande parte da equipe do CAPS III, por exemplo. Com Tássia Vieira (2023), nos perguntamos: quantas mais precisarão passar por essa violência para que essa passe a ser uma questão ética para todos?

Faz-se urgente e necessária a destruição do mundo como o conhecemos para ser possível criar novos mundos, novas formas de habitar o cuidado: queimar, destruir padrões, fluxos e protocolos institucionais como forma de abrir brecha para surgir o novo. Maria, uma mulher negra, em situação de rua, “louca e cracuda”, era desacreditada pela equipe quanto a suportar ficar no acolhimento noturno do CAPS III. O protocolo de cuidado da equipe dizia que ela não sustentaria, que ela entraria em abstinência, surtaria, quando, na verdade, a gestação e o desejo de ter o filho a estabilizou, a organizou psicologicamente.

Bispo (2015) nos ajuda a olhar para a flecha do tempo ao nos convidar a pensar na circularidade do saber afrocentrado que, ao invés de seguir pela linearidade ocidental do início, meio e fim, parte do início, meio e início. Tal movimento nos coloca em condição de revisitar, recontar e reconstruir as práticas de longa duração histórica que nos marca enquanto sujeito e enquanto povo.

Maria e Conceição me ensinaram sobre a fundamental importância da confluência entre a luta antimanicomial e a justiça reprodutiva, no sentido de entender que o manicômio pode se expressar como uma lógica que censura, viola e destitui o direito de mulheres negras e loucas exercerem a maternidade por diferentes caminhos, inclusive ao fortalecer a lógica de feminilização e familiarização do cuidado em nossa sociedade.

O CAPS pode e deve funcionar como um quilombo, como um espaço de coletivização da vida, um espaço onde a voz, o desejo, os medos, as inseguranças das mulheres funcionem como guias para o processo de trabalho. Trabalho este que é difícil e que aponta para necessidade de sair dos a priori e dos processos de colonização do outro pela via do cuidado colonial e aponte para a disponibilidade para o outro e a radicalidade de suportar e bancar a diferença, um processo de descolonização de nós, que também fomos forjados e

educados a partir de premissas racistas e violentas sobre quem são essas pessoas (mulheres negras, loucas e mães) e o que “é melhor para elas”.

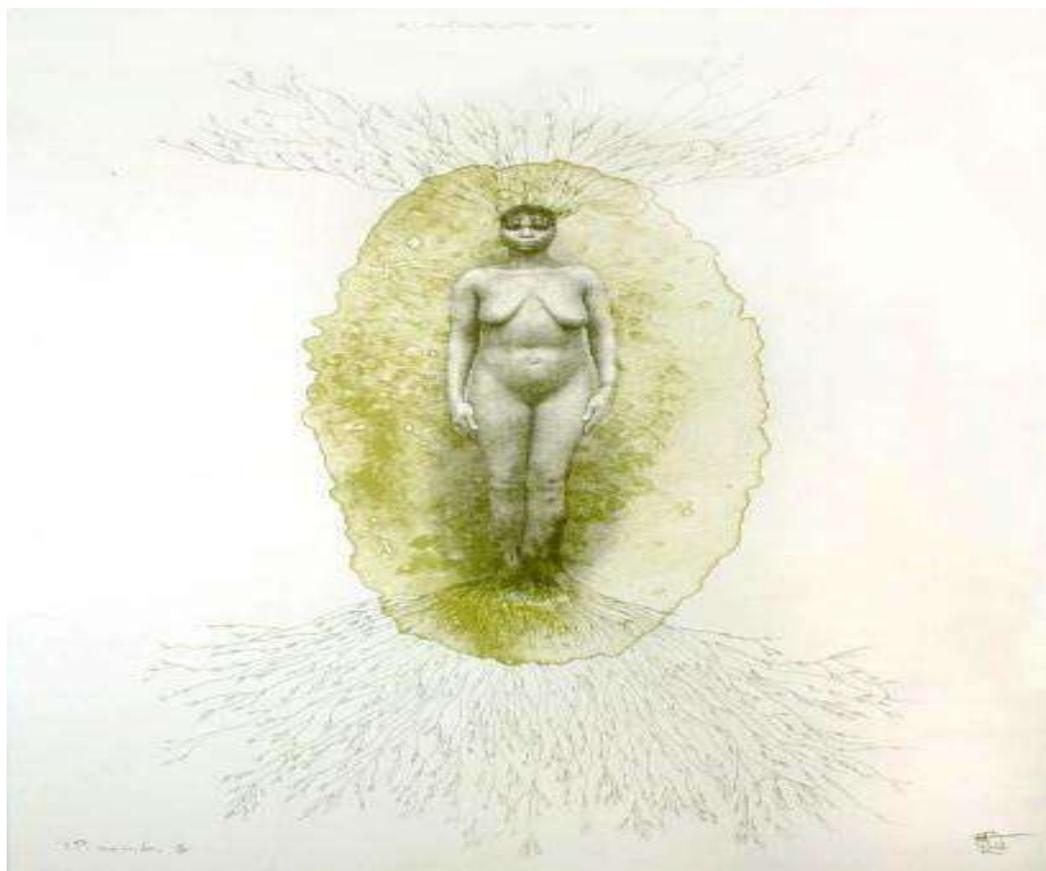
Defender o CAPS enquanto quilombo, é legitimar que se trata de um trabalho somente possível no entre, na intersetorialidade, nas confluências e encruzilhadas. Só atuando no entre, poderemos construir cortes e desvios nessa flecha do tempo que segue atualizando e engendrando as violências e nos impedindo de trilhar caminhos e estratégias de agenciamento de outras formas de habitar o cuidado para as mulheres negras e loucas que desejem ser mães.

É por tudo isso que nos somamos à aposta de que, além de toda reprodução ser política e toda política ser reprodutiva, toda política reprodutiva é racializada. Em determinado momento do encontro com Conceição, ela passou a me provocar me chamando por “pai do meu filho”. De princípio, essa nomeação me causava incômodo e certo constrangimento. Depois, segui afetado por ela, mas fui entendendo que ela estava, na verdade, me convocando, do lugar de homem negro, para o compartilhar, para a responsabilidade com o cuidado daquela criança, afinal trata-se de uma tarefa política coletiva.

Strathern (1995), em “Necessidade de pais, necessidades de mães”, relata o mal estar dos médicos em relação às “mães virgens”, das mulheres virgens que demandam a inseminação artificial para evitar a relação sexual, sendo, no caso, o médico o “único parceiro reprodutivo”. Essa demanda por um pai, nesse sentido, fala das ausências masculinas ativas, que não desfazem o desejo/necessidade de pai para sustentar um projeto de maternidade/reprodução legítima/inteligível. Strathern diz que, ainda que a chamada “monoparentalidade” (especialmente, a feminina) seja cada vez mais comum, ela sugere que um “pai ausente” empiricamente é uma coisa, mas desejar que não haja um pai é uma ameaça ao ideal que sustenta o sistema cultural do parentesco, ideal esse que a mulher/mãe é entendida como guardiã.

Portanto, que a tarefa de “ficar bem, ter uma casa e dinheiro para cuidar do filho”, como me pediu Maria, a tarefa de pagar a conta, de catar os cacos dos corações e de secar cada gota de suor e sangue derramados pelas violências estatais, a tarefa inimaginável de ter que enterrar seu filho vivo, a tarefa, por fim, de se curar do corpo-zumbi e destruir a zona de quase-morte não caiba apenas a mulheres como Maria e Conceição. Que essa seja uma tarefa coletiva, um compromisso ético, político, clínico e estético de todos e de cada um.

Figuro 56 - Série Assentamento



Fonte: Rosana Paulino, 2012

QUEM TEM MEDO DO FIM DO MUNDO? MANIFESTO PELA MORTE, SEM LUTO, SEM CHORO, NEM VELA.

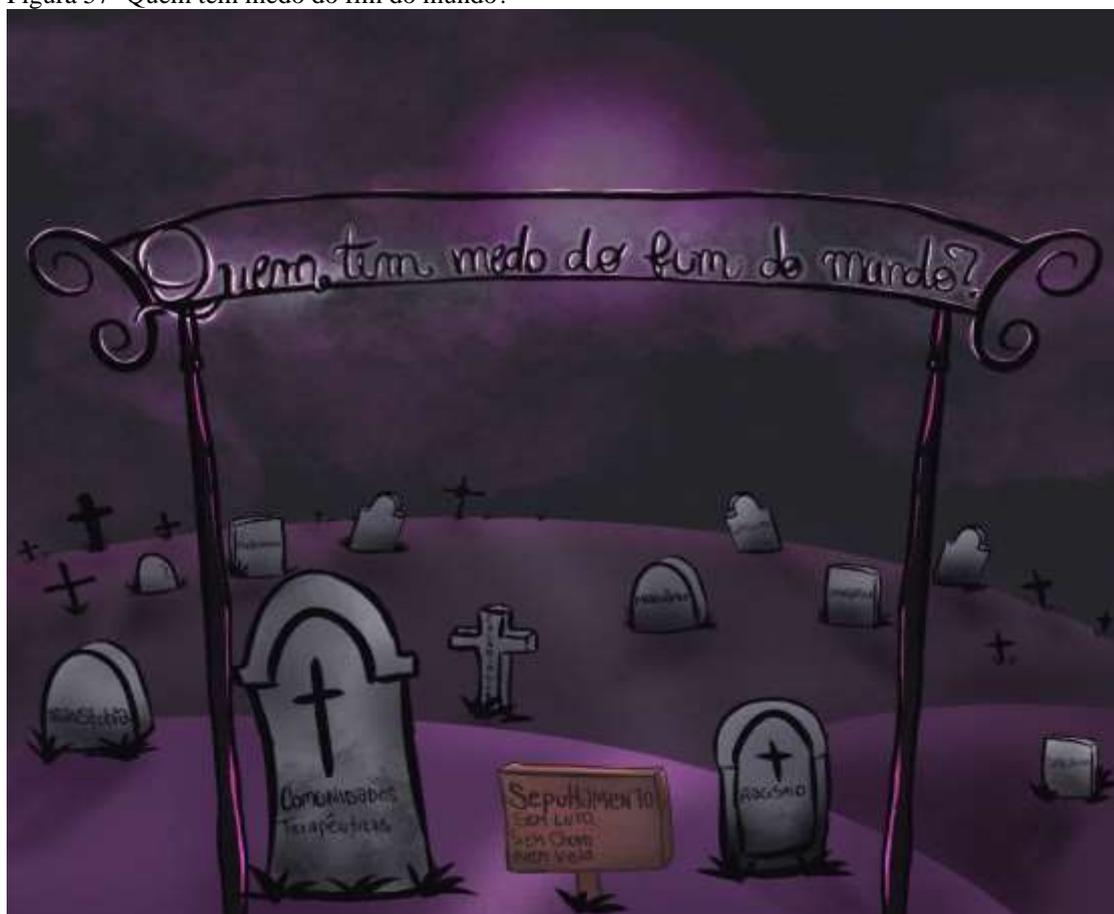
“A solução é fogo. A única solução. Queimar tudo”

Estamira

“Tudo que é imaginado. Tem, existe é.”

Estamira

Figura 57 - Quem tem medo do fim do mundo?



Fonte: Mariana Viana (desenho), Ueslei Solaterrar (concepção).

Quem tem medo da morte? Quem tem medo de morrer? Quem tem medo de recomeçar? Chego a este último ato da tese, que também pode ser lido como o primeiro, da abertura para um outro (re)começo com a sensação de que ela é, antes de tudo, um manifesto pela morte, uma espécie de funeral. Mas, não de qualquer funeral, não de um funeral atravessado pela perspectiva ocidental, judaico-cristã, uma perspectiva mórbida, materialista e excessivamente apegada à vida como valor máximo e absoluto.

Não, a morte que se reivindica aqui precisa de um funeral à lá os rituais ocorridos em Gana, no Golfo da Guiné, África Ocidental, onde a morte é simbolizada com o início de uma nova vida em que, portanto, o funeral é um ritual, é uma celebração muito entusiasmada. Ou aos rituais dos Acholi, povo que vive no Norte de Uganda ou na região oriental do sul do Sudão, que entende o funeral como o momento de expulsar a morte de casa para deixar entrar o espírito do falecido de volta, assim, amigos e familiares se reúnem numa festa de dois dias regada a muita comida e bebida.

Mais próximo de nós, no contexto da América Latina, no México, temos o “dia dos finados” que celebra, com muitas cores, festa e animação, a morte como a libertação das vaidades e superficialidades da vida. Quem tem medo da morte, portanto? Quem tem medo do gênero? Essa questão dá nome ao livro da Butler (2024) lançado este ano no Brasil. Nele a autora analisa o acionamento de afetos e medos pela extrema direita mundial como estratégia de produção de pânico morais, de alimento de fantasmas dos mais íntimos e privados das pessoas com fins a construir a salvação e resposta pelo projeto político do fascismo, do autoritarismo e da exclusão das diferenças e dos outros.

Em suas palavras, a autora diz:

O problema é que a direita não está só descrevendo o gênero de uma forma falsa ou negativa. Ao apelar para um medo profundo, ela indica que há algo destruindo nosso modo de vida —e isso pode se chamar gênero, mas também raça, migração, socialismo. A direita conseguiu, com sucesso, apelar a temores que as pessoas estão vivendo e fazer uma promessa de que vai aliviá-los se elas se inscreverem a certas agendas autoritárias.

Butler chama atenção para a necessidade das esquerdas se olharem, da necessidade de “apelar às paixões da esquerda”, mas não de qualquer esquerda, “da esquerda feminista, queer e progressista”, já que, como analisa, há uma esquerda que ainda segue hasteando a bandeira do universalismo e “pensa que feministas, queers e transexuais são somente identitários. Não. Somos parte de uma luta por justiça, liberdade e igualdade. Não nos preocupamos somente com nossas identidades, estamos lutando por um mundo melhor”.

Resgato a pergunta e análise de Butler nesse livro atual porque nos ajuda a pensar no tema dos afetos, matéria prima para a costura e (des)construção desta tese. Mais especificamente de um afeto: o medo. O medo é uma presença constante na vida de pessoas negras, de pessoas loucas, de pessoas que moram na Baixada Fluminense, de pessoas com corpos, gêneros e sexualidades dissidentes, enfim, de pessoas que vivem na zona de não-ser, que vivem no campo de batalha pelo direito a ser olhado e escutado como gente, como ser.

É também através do mesmo afeto, do medo, agora como pânico moral, que “os donos da verdade” se valem para trazer garantias e certezas de que tudo será como antes, de que nada mudará, de que garantirão que continuaremos sendo os mesmos e vivendo como nossos pais. De um lado, o medo de seguir sendo reconhecido como o resto, a coisa, o outro. Do outro, o medo de perder o lugar de privilégio, de comodidade, aquilo que sustenta o habitar no corpo, na vida, no mundo. Ligando e costurando os pontos: a dimensão onto-epistemológica.

Investigar como se deu a gestão do cuidado em saúde mental para pessoas negras em Jacutinga, município do território da Baixada Fluminense, durante a pandemia de COVID-19 (2020-2022), foi o objetivo geral deste trabalho. Para chegar nele, propus trilharmos por quatro pontos de parada, quatro capítulos distribuídos em duas grandes plataformas, uma perspectiva macro e outra micro política, teórica, metodológica, ética e epistemológica.

Começamos revisitando as teorias e epistemologias que seguem dando base, a partir da matriz moderno-colonial, para a construção do (não)ser, de um lado, e das formas de gestão deste, por outro. Para a construção dos outros, por meio do racismo científico e da eugenia, da loucura como gestão do sofrimento, como lugar de exclusão, de negação, de obliteração da vida fora da zona da racionalidade, fora das fronteiras do sujeito moderno. E para a construção de práticas de cuidados manicoloniais. Nesse cenário, como argumento, a reforma não é suficiente, pois a estrutura da casa da psiquiatria, da saúde mental, foi erguida com bases apodrecidas. Não há, portanto, outro caminho que não a radicalidade da destruição, a ética do fim do mundo, a poética feminista negra, a revolução psiquiátrica.

No segundo ponto de parada, olhamos para as políticas e o modo como estas (não)têm descido ao ordinário como forma de gerir e cuidar das violências que, há muito, seguem chegando num fluxo contínuo com destino ao cotidiano. As políticas de saúde mental têm dado conta de interromper os fluxos ininterruptos de violência que inundam a vida ordinária? Essas políticas têm conseguido cuidar, têm conseguido estancar as desigualdades sociais e raciais intensificadas pela pandemia, mas que são exceções ordinárias pululantes na vida de pessoas como os usuários do CAPS III trazidos aqui? Por quais caminhos a Política Nacional de Saúde Mental tem se (des)encontrado com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra?

Questões como essas foram trabalhadas e analisadas no capítulo 2 como modo de abrir caminho e aterrar o chão para chegarmos ao capítulo 3 e descermos no cotidiano pandêmico de um CAPS III no território da Baixada Fluminense. Cotidiano cortado, a faca cega, pela extraordinariedade, pelas exceções ordinárias, como a fome, a sede, o racismo ambiental, a precarização dos vínculos dos trabalhadores, a escassez de recursos, os excessos de afetos

hostis como raiva, ódio, nojo e frustração que vai conformando situações de reiterada humilhação como modo de gestão do cuidado em saúde mental. Que vai medicalizando e patologizando os efeitos do sofrimento social. Vai corroendo a vida, o corpo e a subjetividade dos usuários, provocando a senescência de seu corpo e sua existência, gestando os corpos-zumbi que têm, na zona de quase-morte, a última fronteira para (sobre)viver.

A zona de quase-morte é onde (sobre)vivem Maria e Conceição, duas mulheres negras e loucas que encontrei no CAPS a partir das suas guerras, aos moldes das “guerras das mães” (Vianna e Farias, 2011), na tentativa de positivar os seus desejo e direito de serem mães. Ao fim e ao cabo, foi o encontro com o (des)fazer desse desejo e desse direito a partir da destituição da maternidade de ambas, ainda que por caminhos diferentes. Mas, sempre e tudo: em nome do cuidado.

Se a mulher negra está autorizada a ser mãe dos filhos das outras, mas interdita de maternas e cuidar do seu filho, ao menos como desejariam e precisariam em termos de tempo, por exemplo, as mulheres negras e loucas que supostamente não conseguem nem cuidar de si, de seus desejos e instabilidades, como poderá cuidar de uma criança numa cultura do “quem pariu Matheus que balance”? Numa cultura do “cada um por si e Deus por todos”? E se Deus não existe para mim, o que me resta?

A proposta que transversalizou esta pesquisa foi a aposta de seguir o caminho da triangulação do cuidado. Triangular o cuidado é estratégia de enfrentamento diante dos efeitos do projeto moderno-colonial, os efeitos da separabilidade, sequencialidade e determinância. É considerar em nossos planos de análise que, a todo o tempo, as dimensões teórico-epistemológica, política e clínico-institucional estão atuando, como forças centrípetas e centrífugas, forças de atração e de repulsa, no fazer e desfazer do cuidado.

Assim como Souza Lima (2002) indica, a indissociabilidade entre o gestar e o gerir na noção de gestão. Argumento aqui a triangulação do cuidado no sentido da indissociabilidade entre essas três dimensões, planos e escalas. A indissociabilidade entre o macro e o micro. Por outro lado, o fio condutor no que tange ao modo de operar, fazer e praticar o cuidado para esta pesquisa é o feminismo negro ao enfatizar que o cuidado deve ser compartilhado, em rede, um cuidado comunitário.

Seja com a literatura sobre cuidado em classes populares, que também enfatiza a importância das redes de família extensa e da comunidade nos arranjos cotidianos de cuidado (Fonseca, Goldophim, Rosa e Cardarello, 1994; Fernandes, 2021, dentre outras), seja pelo provérbio africano que diz que é preciso de uma aldeia para criar uma criança, seja pelas proposições da Patrícia Hill Collins (2019), no “Pensamento feminista negro”, ao discutir o

tema da maternidade afirmando que “a instituição da maternidade negra consiste em uma série de relações constantemente renegociadas que as mulheres negras experimentam umas com as outras, com os filhos e as filhas, com a comunidade afro-americana como um todo e consigo mesmas” (p. 295).

“As comunidades africanas e afro-americanas reconhecem que atribuir a uma única pessoa a plena responsabilidade pela maternagem nem sempre é uma opção sensata ou mesmo viável” (Collins, 2019, p. 298). Foi nesse sentido que se apostou na noção de Fazzioni (2018) de arranjos de cuidado, o qual evidencia como o cuidado em saúde articula redes formais e informais na construção das condições de (im)possibilidade para a sustentação da vida, especialmente em territórios precarizados, como fio condutor, como ética e horizonte do cuidado em saúde mental.

Chego no momento de fechar o ciclo desta pesquisa com a certeza de que em suas contradições, desafios e desencontros, o CAPS III do território de Jacutinga se fez quilombo durante o cotidiano pandêmico para os usuários negros que enfrentam diariamente as exceções ordinárias. O CAPS III se fez quilombo no sentido de representar, mesmo em meio a seus curtos circuitos, lugar de acolhimento, de cuidado, de afeto.

Lugar de fazer frente e resistir às tentativas de morte e aniquilação dos sujeitos. O CAPS III, representando o paradigma de cuidado da atenção psicossocial e da luta antimanicomial, nadou contra a corrente e contra a maré frente a lógica manicomial (David, 2022) que não cansa de se sofisticar e se atualizar, seja por meio das comunidades terapêuticas, seja por meio das humilhações e micropolítica das emoções. Ainda que parte da equipe desse dispositivo se some à corrente manicomial, assim como de outros territórios, reafirma-se aqui a potência e necessidade das tecnologias psicossociais produzidas pela RPB até o presente momento seguirem sendo fortalecidas e ampliadas, com as revisões e revoluções radicais que se fazem necessárias em seu projeto de passado-presente-futuro.

A intenção nunca foi esgotar, aprofundar e exaurir todas as possibilidades analíticas a partir dos encontros, documentos, fotografias, gráficos, desenhos, tabelas, casos, políticas, teorias, conceitos, andanças e afetos acionados nesta tese. Quem promete o todo, o absoluto, o caminho, a verdade e a vida é a lógica colonial, a resposta manicomial. A intenção aqui foi costurar encontros, foi decantar afetos, foi uma tentativa de fazer confluência entre pessoas, lugares, ideias, tempos e espaços. Foi fazer confluir passado-presente-futuro, o ontem, o hoje e o amanhã.

Como toda tentativa, sempre haverá falhas, haverá furos, haverá faltas. Entre algumas que consigo identificar ao chegar nesta fase do trabalho, está a necessidade de se apostar mais

em metodologias participativas, em pesquisa intervenção como fio para as pesquisas no campo da saúde mental e atenção psicossocial, metodologias que tomem a perspectiva dos usuários como guia e a sua presença em todas as fases e processos da pesquisa. Outro ponto diz respeito a uma análise mais minuciosa das diferenças e diferenciações internas do grupo chamado de “pessoas negras”, como a soma entre pretos e pardos. Sem dúvida, há pontos importantes de aproximação e afastamento entre ser preto e ser pardo no Brasil, no encontro com a loucura e o sofrimento, seja ele psíquico e/ou social, que merece maiores aprofundamentos. Por outro lado, ainda com relação a questão étnico-racial, reconhece-se a potência de pesquisas futuras que possam analisar a questão indígena em relação à questão da negritude.

Por fim, aponta-se a limitação quanto ao formato ainda imposto pelo modo clássico de fazer e construir uma tese, forma pouco ou nada contracolonial, portanto. Quem pode ler, acessar, se afetar por meio de uma tese nesse formato clássico? A quem ela jamais chegará? Qual a sua expectativa de vida? Como é a sua circulação, a sua vida social em termos de poder ser lida e afetar pessoas de diferentes estratos sociais?

No dia 21 de junho de 2022, eu estava no trem ramal Japeri sentido Baixada Fluminense. Estava ouvindo o podcast “Mano a Mano”, conduzido pelo rapper Mano Brown. A convidada era Sueli Carneiro, que faz menção ao texto “Os cotistas desagradecidos”, do jornalista Tau Golin. O podcast, a partir de temas como a domesticação, a colonização, a dominação, me leva à dimensão da humilhação social do povo negro que rapidamente desliza na minha memória para a imagem dos usuários do CAPS III de que estava a caminho naquele dia. Posso dormir? Posso comer? Posso repetir? Posso tomar banho? Perguntas que, como discutido, fazem parte do cotidiano daquele CAPS e que devem seguir ecoando em nós.

Deve ser incomodando e nos afetando para que não caiamos nas armadilhas das respostas fáceis, prontas e encapsuladas que muitas vezes são dadas pelo campo da saúde mental. Para que fuçamos das respostas prontas dadas para o sofrimento, para a “bala mágica”. O antropólogo João Biehl (2011) utiliza tal termo para tecer críticas ao modo como a saúde global vem se estruturando, sendo pautada pela agenda de interesses internacionais de mercado, com foco nas doenças, e não nas pessoas, operando pela estratégia da “bala mágica”. Em suas palavras, tais respostas não têm dado conta de construir respostas, isso sim, para a realidade das pessoas, “realidades que balas mágicas teóricas e políticas não conseguem resolver e que precisam de sistemas mais complexos de análise, intervenção e cuidado” (2016, p.415).

O que pode uma tese? O que pode um pesquisador, um professor ou um trabalhador da saúde mental? Essa questão me acompanha há muito tempo e retorna sempre que me deparo com o desafio de construir respostas para as perguntas que me deparei no encontro com os usuários do CAPS, no encontro com as suas formas precárias de viver, o encontro com seus corpos-zumbi, com as suas zonas de quase-morte. Com os pedidos de ajuda e o endereçamento da esperança de resolução para nós (trabalhadores, gestores, pesquisadores, militantes do campo da saúde mental). O que fazer com essa esperança? Na conta de subtração ou de divisão da esperança com a desilusão, qual tem sido o saldo? O saldo segue sendo negativo?

Meu lugar nesta pesquisa não foi apenas o de observador, o lugar do qual se afasta para melhor compreender e analisar. Meu lugar foi o de uma participação ativa, encarnada, contaminada pelos afetos e desafios colocados pelo cotidiano e processo de trabalho. Uma participação observante, diria. Ocupar esse lugar não foi tarefa fácil, se é que é possível tarefa fácil em se tratando do trabalho na assistência, na pesquisa e na docência em política pública no Brasil, no Rio de Janeiro, na Baixada Fluminense.

Trabalhar e pesquisar neste contexto foi como “sentir a dor no corpo do outro”, nos termos de Veena Das (2020). No sentido de não estar muito preocupado em realizar um “testemunho objetivo dos eventos”, mas sim com o compromisso ético de tentar “localizar o sujeito por meio da experiência de tais limites” (p. 26). Foi por meio dessa ética de pesquisa no processo de escrever sobre a dor e as mazelas testemunhadas cotidianamente. Uma ética que toma o texto, a escrita antropológica, como aquela que “recusa cumplicidade com a violência ao se abrir à dor do outro” (p. 280), recusa cumplicidade com aquilo que Das chama de “amnésia oficial”.

No livro “Becos da Memória”, Conceição Evaristo (2017) nos apresenta a personagem Maria-Nova. Ela encontra saída e caminho para suas dores através da escrita, por meio da escrevivência, era pela escrita que “ela haveria de narrar, de fazer soar, de soltar as vozes, os murmúrios, os silêncios, o grito abafado que existia, que era de cada um e de todos” (p. 177). Por isso que apostei na metodologia do encontro, na metodologia dos afetos como modo de construção e inscrição das memórias.

Memória que ficou na minha parede da memória, não aquela que ficou no chão, nem a que subiu para o céu, mas aquela que na (minha) parede da memória foi a “lembrança”, “o quadro que dói mais”. “Palavra puxa palavra, uma ideia traz outra, e assim se faz um livro, um governo, ou uma revolução, alguns dizem que assim é que a natureza compôs as suas

espécies”. Essas são palavras de Machado de Assis no conto “Primas de Sapucaia”, publicado originalmente no jornal "Gazeta de Notícias", em 1883.

Manoel de Barros, outro poeta de referência para este autor que vos fala, no livro “O menino do mato”, diz que é preciso desver o mundo pela palavra. Essa mesma palavra que, em “O apanhador de desperdícios”, ele diz que só usa para compor seus silêncios:

Não gosto das palavras
fatigadas de informar.
Dou mais respeito
às que vivem de barriga no chão
tipo água pedra sapo.

Nesta tese, a palavra foi minha ferramenta, minha tecnologia para desver o mundo, para puxar outra palavra, para fazer uma ideia, para desfazer um conceito e, quem sabe, construir uma revolução. A palavra foi o remédio e o antídoto, por meio do corpo-quebra-cabeça, na tentativa de cura para o corpo-zumbi no caminho de transmutação para o corpo-ancestral. No caminho da morte e do sepultamento dos dispositivos que gestam o corpo-zumbi e constroem a zona de quase-morte.

Não tenho medo da morte
Mas **sim** medo de morrer
Qual seria a diferença
Você há de perguntar
É que a morte já é depois
Que eu deixar de respirar
Morrer ainda é aqui
Na vida, no Sol, no ar
Ainda pode haver dor
Ou vontade de mijar

Na música composta pelo conterrâneo Gilberto Gil, se traduz o que argumentei neste trabalho acerca da morte em vida, da produção do corpo, da existência, de uma vida senescente, de uma vida no limbo, na fronteira entre a vida e a morte, uma vida vivida no morrer, nos termos de Gil. O medo não é de morrer de “morte morrida”, mas sim o de “morrer de morte matada”. A morte morrida é natural, é o caminho de todos nós. A defesa neste texto não é contra a morte, já que ela é necessária para a vida, como brilhantemente metaforizou o escritor José Saramago no livro “Intermitências da morte”, de 2005, sobre “o dia que ninguém morreu”.

O coro aqui, que poderia se assemelhar a um lamento sertanejo nos tons e melodias de Gilberto Gil e Luiz Gonzaga, é contra o morrer, contra a morte em vida, contra o tempo, contra a colonização. Ao mesmo tempo, é um manifesto pela morte. Não qualquer morte, mas

Como nos ensina Estamira: tudo que é imaginado. Tem, existe, é. Se é possível gestar corpos-zumbi, é possível transmutá-lo. Se é possível fazer e (sobre)viver na zona de quase-morte, é possível dissolvê-la, desmontá-la, desfazê-la. Para isso, algo precisará morrer. A parte morta, apodrecida, em decomposição, a pele senescente que conforma este corpo precisará morrer. Para isso, será fundamental construir substâncias, não bioquímicas, pois essas já existem em demasia, mas bioafetivas, bioecológicas que exerça força contrária, exerça força de antídoto contra o que as violências e violações engendraram nos corpos, subjetividades e vidas de certas pessoas.

O *pharmakon* de Fanon (Mbembe, 2017) ganha destaque aqui justamente por apontar para a dimensão do quanto na própria violência também há o caminho da saída, no próprio corpo desumanizado há intrínsecos caminhos para a humanização, caminhos para a ação. Para isso, o corpo-zumbi precisa morrer para, a partir do dispositivo do corpo-quebra-cabeça, seja possível costurar passado-presente-futuro e fazer nascer o corpo ancestral.

O corpo-zumbi que (sobre)vive na zona de quase-morte se aproxima da coisa, no sentido de Denise Ferreira da Silva (2014, 2017). A autora, por meio de uma revisita à física quântica, de um lado, e formulação de Hegel, por outro, propõe um ponto de “partida metafísico” radicalmente imanente, inspirado pelos fracassos da física quântica, que expõem a indeterminação fundamental da realidade além do espaço-tempo no nível quântico, que é a plenitude” (Silva, 2017, p.6).

Silva (2017), no texto “ $1 \text{ (life)} \div 0 \text{ (blackness)} = \infty - \infty \text{ or } \infty / \infty$: On Matter Beyond the Equation of Value”, publicado originalmente em fevereiro de 2017 no *Jornal e-flux*, analisa o movimento “*Black Lives Matter*” a partir do que chama de “equação de valor”. De forma mais usual, a expressão é traduzida para o português como “Vidas negras importam”. Contudo, como comentam Amilcar Packer e Daniel Luhman na tradução feita para o português do referido texto, Denise analisa a polissemia das palavras “matter” nos sentidos possíveis de “matéria”, “questão”, “importância”: “Vidas negras importam”, logo: “A questão das vidas negras”, “A matéria das vidas negras” ou “As vidas negras como matéria”.

Com suas análises, a autora demonstra a necessidade de desestabilizar, dissolver os referenciais modernos ontoepistemológicos que engendram o lugar de não importância para as vidas negras, que fazem que com a matéria dessas vidas seja descartável, que a carne, pele, sangue e osso sejam apodrecidos, feito zumbi, nos meus termos. Sua forma engenhosa e brilhante de construir as confluências entre saberes nos inquieta e instiga a pensar, como lembram Packer e Luhman: “por que as vidas negras não importam? O que é preciso, o que

falta para que as vidas negras importem? Como repete a autora em outros momentos: “what if?”, “e se?”. E se a negritude for uma referência para outros modos de existência?”.

Por meio da aproximação com a linguagem da matemática, Denise (2017, p.23) propõe a equação de valor como ferramenta para tornar possível o afastamento da negritude da dialética e seus desdobramentos de efetividade que, em suas palavras, “fazem somente reproduzir a violência, ao dividir a vida pela negritude: $f) 1 \text{ (vida)} \div 0 \text{ (negritude)} = \infty - \infty$ ou ∞ / ∞ ”. Para ele, essa equação “não obtém resultado porque é impossível dividir algo por zero” (p.23). Ela justifica a escolha do símbolo do infinito da seguinte forma, “eu escolhi $\infty - \infty$ (infinito menos infinito) ou ∞ / ∞ (infinito dividido pelo infinito) para retratar o resultado já que este é indeterminável, não tem forma: é ∞ menos ele mesmo ou ∞ dividido por ele mesmo”.

“Não é nem vida nem não-vida, é conteúdo sem forma ou matéria prima – aquilo que não tem valor pois existe (como ∞) sem forma” (Silva, 2017, p.23). Os corpos-zumbi dos usuários a que me referi nesta tese, me remete exatamente a essa definição de matéria sem forma, de substância sem existência, sem vida, sem valor. Os corpos-zumbi são, nessas chaves de leitura:

$\infty - \infty$ (infinito menos infinito) ou ∞ / ∞ (infinito dividido pelo infinito).

É o lugar do indeterminado, da falta, do nada. É o não-lugar, portanto. A zona entre a vida e a morte, a quase-morte. Por outro lado, por meio desta mesma equação de valor, que Denise (2017, p.24) entende como um método de estudo, um guia para pensar a negritude como matéria, concluindo que “aponta para o ∞ , um outro mundo: a saber, aquele que existe sem tempo e fora do espaço, na plenitude”. Um mundo vivido no “espaço de brilho” e não nos “lugares de obscuridade”.

Ou seja, um novo mundo é preciso. Logo, o fim deste mundo é necessário. Em entrevista com Christina Sharpe, Eduardo Lima (2023) lembra que Benjamin (1987), ao refletir sobre o conceito de história, diz que “o dom de despertar no passado as centelhas da esperança é privilégio exclusivo do historiador convencido de que também os mortos não estarão em segurança se o inimigo vencer”. No livro “Vestígios”, Sharpe (2023) retoma uma frase de uma poetisa canadense, chamada M. NourbeSe Philip, que caminha na mesma direção: “defenda quem morreu”.

Lutar e construir um outro mundo é tarefa coletiva, tarefa para defender o que já se foram, os mortos-vivos e os viventes. Tarefa coletiva para realização “anotações e revisões

negras”, nos termos de Sharpe, para revisar a própria história e seu passado, que entendo sempre como passado-presente-futuro. Ao comentar sobre seu interesse pelas palavras e as suas “múltiplas linhas de significados”, Sharpe explica a escolha pelo termo “*wake*” para seu livro, a partir da leitura do que Saidiya Hartman chama de “pós-vida da escravização transatlântica”. Tal leitura fez com que algumas imagens chegassem para ela, “eu comecei a pensar em algumas imagens particulares, como o caminho de um navio”.

Wake foi traduzido para o livro como “vestígio”, mas Sharpe diz que pensou “em todas as diferentes ideias que *wake* poderia significar: consciência, um vestígio de navegação, a linha do recuo de uma arma, as maneiras como sentamos com os mortos [*wake* também pode ser traduzido como velório] e as cerimônias e banquetes que acompanham isso”. Num caminho, que também pode ser uma encruzilhada, que Sharpe diz ser tanto metafórico, quanto material, ela nos interpela: o que fazemos no pós-vida da escravização?

A partir dessa inquietante e necessária questão, que se defende aqui que precisa ser sustentada e não respondida tão apressadamente, volto ao mestre quilombola Nêgo Bispo e o seu projeto e postura contracolonial. Como já afirmamos junto com Walsh (2013), “no existe un estado nulo de la colonialidad”, portanto, nos caberá sempre “alentar ‘lugares’ de exterioridad y construcciones alter(n)ativas” (p. 03). Alimentar lugares de exterioridade é tarefa coletiva e constante no projeto contracolonial. Por meio dessa lógica, deve-se dissolver os caminhos da linearidade, da sequencialidade moderna rumo à circularidade. Ou seja, do início, meio e fim ao início, meio e início. Porque se podemos ser o início, o fim e o meio, como cantou Raul Seixas, também podemos ser o início, o meio e o início. A violenta e terrível morte da vereadora Marielle Franco em março de 2018 nos arrasta, ainda que não queiramos, não para o fim, mas para o início. Essa morte deixa nítido que sempre foi e sempre é ainda sobre e pela terra.

Para Butler (2024), “quando pensamos no assassinato cruel de Marielle Franco, podemos ver como raça, gênero, sexualidade e socialismo se unem. Ao matá-la, eles estão tentando dizer que o Brasil não será representado por alguém assim”. Eles estão dando um recado público e televisionado de que há certos corpos, certas pessoas e certas existências que seguirão sendo mortos, erradicados e anulados.

No desafio coletivo de (re)construção do mundo, do (re)começo após a morte e fim necessários, há pistas importantes que precisamos saber olhar e escutar. André Mendonça (2022) nos diz que “amefricanizar a filosofia é preciso”, ele propõe uma “primavera das rosas negras, vermelhas e coloridas em tempos de grande inverno russo”. Com ele também aprendi que o saber também pode ser samba, que a disciplina pode ser as (in)disciplinas e as aulas se

fazer saraulas, foi com ele que tive os primeiros debates, no contexto do IMS, sobre raça e branquitude, sobre as “duas faces do racismo”.

Com ele, em parceria com Provenzano e Fragozo (2021), entende-se que “um mundo sem devastação é possível”, desde que topamos o desafio de “repensar a floresta como conceito, metáfora e espaço compartilhado”, desde que saibamos aprender com a “re-volta dos vagalumes” (2020). Desde que saibamos, portanto, (des)fazer o cuidado e o caminho trilhado até aqui, ao menos nos discursos e práticas oficiais. Comecei apostando numa aproximação com o cuidado que vá além da ética do cuidado em seu caráter normativo, prescritivo e idealizado. Mas, sim, uma ética do cuidado cortado e costurado como um cuidado em uma perspectiva local e interseccional. Um cuidado numa perspectiva do paradigma do enegrecimento, da perspectiva aterrada e afroindígena, do cuidado como encantamento.

Figura 59 -Festa Junina CAPS III



Fonte: arquivo pessoal.

Figura 60 - Grupo Solidariedade



Fonte: arquivo pessoal.

As duas fotos apresentadas são: 1) primeira festa junina no CAPS III após o período pandêmico, festa muito esperada, a festa com mais pessoas no CAPS que eu tenha presenciado; e 2) grupo solidariedade, em Alagoinhas-Bahia, preparando um caruru no dia 19 de fevereiro de 2019. Trata-se de um grupo formado por mulheres que se conhecem desde a infância porque cresceram juntas no bairro Baixa do Corte, o mesmo bairro onde fui criado. O grupo se formou de forma mais frequente e intensa em 2018, a partir da notícia do diagnóstico de câncer de Del, vizinha-familiar já apresentada no prefácio-manifesto desta tese. Del faleceu em dezembro de 2021, o grupo segue vivo até hoje realizando desde ações como o “caruru da solidariedade”, até cafés da manhã coletivos no aniversário ou data especial para cada uma das mulheres que fazem parte dessa coletiva.

Coloco luz nessas duas fotografias por, cada uma a seu modo, apontar para um modo de tecnologia de cuidado, tecnologia de cura que me remete em muito aos saberes afro-indígenas. Não se trata de lançar qualquer luz, mas a luz negra feminista que faz referência Denise da Silva (2016/2024), como “dispositivo de leitura negra feminista, a luz negra se concentra no elusivo, no obscuro, no incerto, para buscar correspondências mais profundas, precisamente aquelas que filósofos modernos, de Descartes a Kant, têm renegado” (p.7).

É um truque, “uma artimanha analítica”, “uma possível resposta ao apelo de Ngũgĩ wa Thiong'o pela descolonização da mente” (p.8). A luz negra confunde, embaraça, suja a transparência, “dissolve os pilares do pensamento categórico”, portanto, “a luz negra prepara o terreno para uma metafísica dos elementos e modalidades relacionadas de leitura e para uma

imagem do mundo e de seus existentes, na qual a reflexão cede à imaginação, e o pensamento finalmente percebe a superficialidade da separabilidade” (p.8).

Convoco a luz negra para iluminar o caminho do pós-morte, pós-sepultamento, no pós-fim do mundo que se anuncia. A luz negra para iluminar a zona de não saber que precisamos seguir sustentando e habitando se quisermos construir um outro mundo. Se quisermos reeditar, o mundo, nossas próprias histórias. Santos (2023, p.17) define o contracolonial como a possibilidade de “reeditar as nossas trajetórias a partir das nossas matrizes. E quem é capaz de fazer isso? Nós mesmos! Só pode reeditar a trajetória do povo quilombola quem pensa na circularidade e através da cosmovisão politeísta”.

Precisamos, do lugar da academia, do lugar da ciência, do lugar de panteão do saber, romper as fronteiras do conhecimento e habitar a zona de não-saber. Precisamos escutar e olhar para a vida lá fora,

no dia em que as universidades aprenderem que elas não sabem, no dia em que as universidades toparem aprender as línguas indígenas – em vez de ensinar –, no dia em que as universidades toparem aprender a arquitetura indígena e toparem aprender para que servem as plantas da caatinga, no dia em que eles se dispuserem a aprender conosco como aprendemos um dia com eles, aí teremos uma confluência. Uma confluência entre os saberes. Um processo de equilíbrio entre as civilizações diversas deste lugar. Uma contracolônização. (Santos, 2023, p.17).

Davi Kopenawa é um escritor, ator, xamã e importante líder político yanomami. Em suas palavras (2023,p.264), “vocês, napëpë, se apaixonem por suas florestas cheias de saúde! Os napëpë [não indígenas] que são autoridades, aqueles homens influentes que moram junto a vocês, eles não nos conhecem”. Para ele, nós, enquanto napëpë, ficamos atentos “apenas a outros lugares”. E até podemos, porventura, ouvir o seu povo, mas “não acreditam em nossas palavras”. Em outra passagem, ele chama atenção para nossa relação com a terra, com a floresta, por meio do movimento de derrubar “as árvores e depois as queimam e tiram o que resta com o trator. Os napëpë só trabalham desmatando a terra.” (p.268).

“Se não tiver nê ropë, como iremos ficar? É também nê ropë quem nos faz respirar o ar bom, nos faz ficar atentos, trabalhar bem, é o que nos faz ficar felizes. (...) Só assim ficamos fortes!”. Quando nós, napëpë, estragamos a floresta, “nê ropë foge e vai para outra terra.... ficamos fracos”. E uma pessoa fraca, “não consegue se curvar, só fica deitada, não se levanta nem consegue ir longe, é isso que Ohinari faz. Ohinari é muito feroz! Ele não faz amizade conosco. Ohinari nos faz sofrer, não quer nos ver felizes e saudáveis!”. Ou seja, “enquanto nê ropë quer nos fazer viver bem e com saúde, Ohinari quer nos fazer morrer, quer nos matar de sede e de fome.” (p.268).

*Quem tem medo da morte? Quem tem medo do fim do mundo?
Quem tem medo de Ohinari?*

Nós iremos morrer, vocês napëpë, vocês se alimentam, mas vocês também irão morrer. Nós Yanomami, mesmo sendo alimentados por nê ropë, iremos morrer. Já nê ropë dificilmente morre! Quando o solo rachar, quando o céu acabar, só assim nê ropë irá acabar. É isso que pensamos e dizemos. Quando nê ropë foge, a terra se despedaça, as folhas das árvores envelhecem e caem, os troncos secam e, assim, nê ropë foge. Quando nê ropë for se deitar em outras terras, quando se for e subir para o mundo dos espectros, então a terra onde estivermos morando será tomada por Ohinari, o ser da fome. Quando Ohinari chegar, nós não iremos nos alimentar novamente. Nê ropë não morre, apenas foge. Se vocês, napëpë, ficarem sempre estragando a terra e o solo, as consequências serão muito ruins (Kopenawa, 2023, p.271).

Carnevalli, Regaldo, LoBato, Marquez, Cançado (2023, p.274) na antologia afro-indígena na qual estão os textos de Santos e Kopenawa, se perguntam sobre como “transformar o nosso olhar, a nossa escuta, a nossa escrita, a nossa leitura e as nossas ações diante das práticas e dos pensamentos das comunidades que sobrevivem diariamente – há 523 anos – às mais variadas formas de violência colonial?”. Ou ainda: “como traçar uma reaproximação à terra na companhia daqueles que dela nunca se separaram?”.

Um índio descerá de uma estrela colorida, brilhante
De uma estrela que virá numa velocidade estonteante
E pousará no coração do hemisfério sul
Na América, num claro instante
Depois de exterminada a última nação indígena
E o espírito dos pássaros das fontes de água límpida
Mais avançado que a mais avançada das mais avançadas das tecnologias

Virá
Impávido que nem Muhammad Ali
Virá que eu vi
Apaixonadamente como Peri
Virá que eu vi
Tranquilo e infalível como Bruce Lee
Virá que eu vi
O axé do afoxé Filhos de Gandhi
Virá
(...)
E aquilo que nesse momento se revelará aos povos
Surpreenderá a todos não por ser exótico
Mas pelo fato de poder ter sempre estado oculto
Quando terá sido o óbvio
Caetano Veloso

O cuidado em saúde mental e atenção psicossocial nos territórios desta terra chamada Brasil é tarefa coletiva de reparação. Só assim poderemos não apenas sonhar, mas também viver um futuro ancestral.

O que vem depois do fim?

Se, como vimos, na mitologia africana egum é espírito de morto, Aganju é orixá da transformação. Associado aos vulcões, a tudo aquilo que precisa romper, explodir, destruir, desmoronar para que a mudança se faça possível, para que a transmutação se apresente, afinal, como estamos entendendo, a única solução é fogo, é queimar tudo. Que Aganju, em confluência com nê ropë, possa celebrar o funeral da zona de quase-morte, do corpo-zumbi, a sua desmontagem e destruição.

Para encerrar esta tese, essa cerimônia, esse manifesto, esse funeral, passo a palavra ao Fanon e a Beyoncé para a última prece.

“Minha última prece: Oh, meu corpo, faça sempre de mim um homem que questione!”

(Fanon, 2008, p. 191)

Misericórdia de mim, querido, tenha misericórdia de mim

Mercy on me, baby, have mercy on me

Misericórdia, misericórdia

Mercy, mercy

Sofrendo muito, posso ver que você está sofrendo muito

Hurtin' badly, I can see you're hurtin' badly

Sofrendo, sofrendo, ei

Hurtin', hurtin', hey

(...)

Essa casa foi construída com sangue e ossos

This house was built with blood and bone

E ela desmoronou, sim, ela desmoronou

And it crumbled, yes, it crumbled

As estátuas que eles fizeram eram lindas

The statues they made were beautiful

Mas eram mentiras de pedra, eram mentiras de pedra

But they were lies of stone, they were lies of stone

As trombetas tocam com um som silencioso

Trumpets blare with silent sound

Preciso fazer você se orgulhar

I need to make you proud

Me diga, você pode me ouvir agora?

Tell me, can you hear me now?

(...)

Faça uma oração por aquilo que tem acontecido

Say a prayer for what has been

Nós seremos aqueles que purificarão os pecados dos nossos pais

We'll be the ones to purify our fathers' sins

O réquiem americano

American requiem

Aquelas ideias antigas (sim)

Them old ideas (yeah)

Estão enterradas aqui (sim)

Are buried here (yeah)

Amém (amém)

Amen (amen)

Quem tem medo da morte? Quem tem medo do fim do mundo?
Quem tem medo de habitar a Zona de Não-Saber?

Axé!

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, Carla. *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- Alvarado, J. G., & Iñiguez-Rueda, L. (2009). A etnografia como uma perspectiva em Ciências Sociais: uma revisão de literatura. *Psico*, 40(1). Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/5422>
- AMARANTE, P. (1998a). Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 73-84). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- AMARANTE, P. (1998b). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ ago. 2001.
- ANDRADE, Vanessa Crumial Herdy de. Gênero e cuidado na Atenção Psicossocial: o cotidiano de mulheres cuidadoras em um CAPS no Rio de Janeiro. 2023. 159 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.
- ANZALDÚA, G. (1981). *Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo*. Estudos Feministas, Ano 8, 1º semestre, 2020.
- ANZALDÚA, G. *Borderlands/ La Frontera: The New Mestiza*. San Francisco: Aunt Lute Books, 1987.
- ALVES, Ariana Oliveira. “Quem tem direito a querer ter/ser mãe?” Dinâmicas entre gestão, instâncias Estatais e ação política em Belo Horizonte (MG). Dissertação (Mestrado em Antropologia social) – PPGAS/Unicamp, Campinas, 2021.
- ALVES, A. M. A trajetória do centro de pesquisas e atenção integrada à mulher e à criança (1975-1992). *Século XXI – Revista De Ciências Sociais*, 4(2), 180–216, 31 dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2236672517042>. Acesso em 26 abr. 2024.

ARAÚJO, A.B. Da Ética do Cuidado à Interseccionalidade: Caminhos e Desafios para a Compreensão do Trabalho de Cuidado. *MEDIAÇÕES*, Londrina, V. 23 N. 3, P.43-69, dez. 2018.

ARBEX, D. *Holocausto Brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial; 2013.

ARENDDT, H. (2002). *O que é política?* (R. Guarany & K. Sontheimer, Trans.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. (Trabalho original publicado em 1958).

_____. Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras, 1999:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Nota contra os retrocessos da CGMAD/ MS frente à política brasileira de saúde mental, de 11 de dezembro de 2017. Disponível em: . Acesso em: 22 mar. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL (ABRASME). O cuidado em saúde mental e a contrarreforma psiquiátrica: posicionamento crítico da Abrasme. 18 maio 2019. 2019. Posicionamento da ABRASME disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/sistemas-de-saude/abrasco-e-abrasme-marcampresenca-no-debate-sobre-mudancas-na-politica-de-saude-mental/39484/> Acesso em: 10 abr. 2024.

BARBOSA, A. S.; JUCÁ, V. J. S. Maternidade e loucura: questões jurídicas em torno do poder familiar. *Mental*, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 243-260, 2017.

BARBOSA, A.; JUCÁ, V.; TORRENTÉ, M.; JESUS, C.; CARNEIRO, U. *Loucura e abuso de substâncias psicoativas: Desinstitucionalização e as vicissitudes da parentalidade*. *Estud. psicol.* (Natal) ; 22(2): 183-194, June 2017.

BARBOSA, K. Da Verwerfung em Freud à forclusão em Lacan. *Reverso*. Belo Horizonte, ano 41, n. 77, p. 57 – 64, jun. 2019.

BARRETO, A. S. *Um Olhar sobre a Baixada: usos e representações sobre o poder local e seus atores*. *Campos* 5(2):45-64, 2004.

BARRETO, A. S. *Nas margens da política: trajetória, narrativa e mediação na Baixada Fluminense (RJ-Brasil)*. *Cadernos de Pesquisa do CDHIS* — n. 40 — ano 22 — p. 17-32 — 1º sem. 2009.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde soc.*, São Paulo v. 11, n. 1, p. 67-84, July 2002.

BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.). Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap, 2008. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F. de S.; FERNANDES, J. J. (Org.). *Atenção à saúde de populações vulneráveis*. São Paulo: Manole, 2014. BARROS, S. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235- 1247, 2014.

BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BATISTA, L.E.; WERNECK, J.; LOPES, F. (orgs.). *Saúde da população negra*. 2. ed. rev. e ampl., 1. reimpr. Brasília, DF : ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BEGOÑA, A. Maddening states. *Annual Review of Anthropology*. Vol. 32:393-410, out. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.32.061002.09334>. Acesso em 26 abr. 2024.

BELLACASA, M. *Matters of care: speculative ethics in more than human worlds*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2017.

BENEDITO, S. *Sankofando os vestígios no Movimento Negro na Reforma Sanitária Brasileira: um olhar amefricano em busca do que ficou esquecido*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2023.

BENICIO, Luis Fernando de Souza. *POR UMA DE(S)COLONIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL: VOZES NEGRAS NA PRODUÇÃO DO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO CEARÁ* / Luis Fernando de Souza Benicio. – 2022. 182 f.

BENJAMIM, W. Sobre o conceito de história. Magia e técnica, arte e política. *Ensaio sobre a literatura e história da cultura*. Obras Escolhidas. Vol. 1. São Paulo: Editora Brasiliense, 3ª Ed., 1987.

BENJAMIN, W. *The arcades project*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press, 1999.

BENTO, Maria Aparecida. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray (Org.); BENTO, Maria Aparecida (Org.). *Psicologia Social do Racismo: Estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil*. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2019. 189 p. cap. 2, p. 25-58. (Coleção Psicologia Social)

BEZERRA JR., Benilton. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. *Caderno Saúde Mental*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 23-31, 2007.

BEZERRA, Nielson Rosa. Escravidão, liberdade e pós-abolição no sertão próximo do Rio de Janeiro. *Revista Outros Tempos*, v. 10, n. 15, p. 207-224, 2013.

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 17, n. 35, p. 227-256, jan./jun. 2011.

BIEHL, J. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 22, n. 46, p. 389-423, jul./dez. 2016.

BIRMAN, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.

BIRMAN, J. (1992). A cidadania tresloucada. In: B. Bezerra & P. Amarante (Orgs.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp. 71-90). Rio de Janeiro: Relume Dumará.

BIRMAN, J. *Arquivos de mal-estar e da resistência*. 2ªEd. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2017.

BIROLI, F. *Gênero e Desigualdades: Limites da democracia no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2018.

BISPO, N. *Colonização, quilombos: modos e significações*. Brasília, INCT/UNB: 2015.

BOLTANSKI, L. Réseaux, volume 12, n°65, 1994. *La communication itinérante*. Disponível em: www.persee.fr/issue/reso_0751-7971_1994_num_12_65. Acesso em: 01 mai. 2024.

BOURDIEU, P. Grandes Conferências de Lyon, Universidade Lumière-Lyon 2, quinta-feira, 11 de fevereiro de 1999. Do original "*Conférence: le champ politique*", publicado no livro "Propos sur le champ politique". Direitos autorais concedidos pela Presses Universitaires de Lyon. Traduzido por André Villalobos. Dossiê "Dominação e Contra-poder" • Rev. Bras. Ciênc. Polít. (5) • Jul 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/3JY6Zsr9yVZGz8BYr5TfCRG/>. Acesso em: 25/04/24.

BRAH, Avtar. "Diferença, diversidade, diferenciação". *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 26, p. 239-276, 2006.

BRASIL. *Câmara dos Deputados*. Projeto de Lei nº 1.090, 23 de novembro de 2018^a

BRASIL. *Câmara dos Deputados*. Requerimento de informação nº 103, 20 de fevereiro de 2019a.

BRASIL. *Conselho Nacional de Saúde*. Recomendação nº 023, Brasília, 17 de maio de 2019b

BRASIL. *Conselho Nacional de Direitos Humanos*. Recomendação n. 3, de 14 de março de 2019c. Recomenda que todas as normativas incompatíveis com a estabelecida Política

Nacional de Saúde Mental, que subsidiam a Nova Política Nacional de Saúde Mental, elaborada e em execução sem ser legitimamente formulada, sejam suspensas e submetidas ao debate público; e que convoque audiências públicas, com antecedência e ampla convocação, garantindo a plena e efetiva participação dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS.

BRASIL. *Ministério Público Federal*. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Conselho Nacional dos Direitos Humanos. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Nota Pública Conjunta Contra a Ampliação e o Financiamento Público de Leitos em Hospitais Psiquiátricos, de 18 de setembro de 2017c.

BRASIL. *Presidência da República*. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016a. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Não paginado.

BRASIL. *Defensoria Pública da União* de 2ª Categoria no Distrito Federal /DF. Petição do Procedimento de Assistência Jurídica nº 2017/001-08250. Ação civil pública com pedido de tutela provisória de urgência em face da união. Documento assinado eletronicamente por Alexandre Mendes Lima de Oliveira, Defensor Público Federal / Defensor Regional de Direitos Humanos no Distrito Federal. 3 abr. 2019d.

BRASIL. *Presidência da República*. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências

BRASIL. *Presidência da República*. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências

BRASIL. *Câmara dos Deputados*. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

BRASIL. *Ministério da Cidadania*. Governo amplia vagas e regulamenta o tratamento de dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas. 19 de março de 2019e

BRASIL. *Ministério da Justiça e Segurança Pública*. Gabinete do Ministro. Portaria interministerial nº 2, de 21 de dezembro de 2017d.

BRASIL. *Ministério da Justiça*. Gabinete do Ministro. Resolução nº 1, de 9 março de 2018e.

BRASIL. Edital nº 1/2018, de 25 de abril de 2018f. *Diário Oficial da União*: Seção 3, Brasília, DF, n. 79, p. 93, 25 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, 1988. 43 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coordenação de Saúde Mental*. Relatório final da 2ª

Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, DF, 1992. 63p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gabinete do Ministro*. Portaria 336, 19 fev. 2002^a

BRASIL. Sistema único de Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 2002b, 213 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para 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).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e (...). 2011b. BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção à Saúde*. Portaria 854, de 22 de agosto de 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 2.043, de 11 de dezembro de 2015. Diário Oficial da União: Seção 2, Brasília, DF, p. 36, 14 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1.482, de 25 de outubro de 2016b. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gabinete do Ministro*. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017e. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gabinete do Ministro*. Portaria de consolidação nº 3, 28 de setembro de 2017f. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental veta ampliação de leitos psiquiátricos em hospitais especializados e amplia rede de atenção, de 14 de dezembro de 2017g.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comissão Intergestores Tripartite*. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comissão Intergestores Tripartite*. Resolução nº 35, de 25 de janeiro de 2018. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 26. p. 58-59. 6 fev 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comissão Intergestores Tripartite*. Resolução nº 36, de 25 de janeiro de 2018. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 26. p. 59. 6 fev 2018c. Disponível em: Acesso em: 4 abri. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Recomendação nº 001, Brasília, 31 de janeiro de 2018d. Pleno do Conselho Nacional de Saúde, em sua Trecentésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 30 e 31 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Recomendação nº 043, 15 de setembro de 2017b. Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Ducentésima Nonagésima Sétima Reunião Ordinária, realizada nos dias 14 e 15 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015.

BRIGGS, L. How all politics became reproductive politics: from welfare reform to foreclosure to Trump. Berkeley: University of California Press, 2017.

BRILHANTE, Aline V. M.; MOREIRA, Claudio. Formas, fômas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico. *Interface (Botucatu)*, v. 20, p. 1099-1113, 2016.

BRUM E. Os loucos somos nós. (Prefácio). In: ARBEX, D. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial; 2013. p. 13-17.

BUTLER. J. O parentesco é sempre tido como heterossexual?. *Cadernos Pagu*, (21), 2003: p. 219-260

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. *Vida precária*. El poder del duelo y la violencia. Buenos Aires: Paidós, 2004.

CAMPOS, I. O. Saúde mental e gênero em um Caps II de Brasília: Condições sociais, sintomas, diagnósticos e sofrimento psíquico. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2016.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

Caplan, B. R., & Caplan, G. (2001). *Helping the helpers not to harm: iatrogenic damage and community mental health*. Nova York: Brunner-Routledge.

CARNEIRO, Sueli, 2006. *A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser*. Tese (Doutorado em Educação). São Paulo, SP: Universidade de São Paulo, FEUSP. [Acesso em 27 maio 2021]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001465832>.

CARNEIRO, U.; AQUINO, G.; JUCÁ, V. Desafios da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães com sofrimento psíquico grave. *Rev. psicol.* ; 5(1): 46-57, jan.-jun. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-877336>. Acesso em: 24 abr. 2024.

CARNEVALLI, F.; REGALDO, F., LOBATO, P., MARQUEZ, R.; CANÇADO, W. (ORGS.). *Terra: antologia afro-indígena*. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

CARTEADO, M. Ela não pode ser mãe! Quando maternidade e loucura se cruzam. In: SILVA, M. V. O. (Org.). *IN-tensa. EX-tensa: A Clínica Psicossocial das Psicoses*. Salvador: LEV - Laboratório de Estudos Vinculares / UFBA, p. 223-227, 2007.

CARVALHO, B. C. B. Maternidade e filialidade para mães em sofrimento psíquico e suas filhas: entre as delicadezas da experiência pessoal e os recursos de proteção social. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

CASTRO, Josué de. *O livro negro da fome*. São Paulo: Brasiliense, 1960.

_____. *Geografia da fome*. 10ª ed. São Paulo, Círculo do Livro, 1995.

CASTRO, Rosana. *Economias Políticas da Doença e da Saúde: uma Etnografia da Experimentação Farmacêutica*. 1 Ed. –SÃO PAULO: HUCITEC, 2020.

CÉZAR, M.A.; COELHO, M.P. *As experiências da reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura*. Mental, Barbacena, 2017;

COELHO, Maria Claudia. Narrativas da violência: a dimensão micropolítica das emoções. *Mana*, v. 16, n. 2, p. 268-285, 2010.

COLLINS, Patricia Hill. *Pensamento Feminista Negro*. São Paulo: Boitempo, 2019. _____ . Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. Brasília: *Revista Sociedade e Estado*, vol. 31, n. 1, 2016.

COLLINS, P. R. *Pensamento feminista negro: Conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. Tradução Jamile Pinheiro Dias. Boitempo, 2019.

CONRAD, P., & BARKER, K. *A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde*. *Ideias*, 2(2), 183–219, 2013.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007. Fanon: medicina e colonialismo.

Conselho Federal de Psicologia Relações Raciais: *Referências Técnicas para atuação de psicólogas/os*. Brasília: CFP, 2017.

CORDÁS, T.; SEIXAS, A.; ARATANGY, E.; MOTA, A. História da Psiquiatria. In: MIGUEL, E.; GENTIL, V.; GATTAZ, W. *Clínica Psiquiátrica: a visão do departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Barueri, SP: MANOLE, 2011.

COSTA, J.F. Da cor ao corpo: a violência do racismo. In: COSTA, J.F. *Violência e Psicanálise*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5ª Ed. Rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COUTINHO, C. N. *Contra a corrente: ensaios sobre a democracia e socialismo*. São Paulo. Cortez, 2000.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero, *Estudos feministas 1*, p.171-189, 2002.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

DASMASCO, M.; MAIO, M; MONTEIRO, S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Rev. Estud. Fem.* 20 (1), abr. 2012.

DARDOT, P; LAVAL, C. *Comum: ensaios sobre a revolução no século XXI*. São Paulo: Boitempo, 2017, 647 p.

DAVIS, A. Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. In: DAVIS, A. *Mulheres, raça e classe* [recurso eletrônico]. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAS, Veena & POOLE, Deborah (eds). 2004. *Anthropology in the Margins of the State*. Santa Fé/Délhi: SAR Press/ Oxford University Press.

DAS, Veena; POOLE, Deborah. State and its Margins: Comparative ethnographies. In:_____. *Anthropology in the margins of the state*. New Mexico: School of American Research Press, 2004.

_____. *Life and words: violence and the descent into the ordinary*. Berkeley, University of California Press, 2007.

_____. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 37. 2011.

DAS, Veena. 1995. *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*. New Delhi: Oxford University Press.

_____. 1999. “Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas wittgensteinianos”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40:31-42.

_____. 2007b. “Violência e Tradução”. *Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 6 (18):623-636.

_____. 2008a. *Sujetos de dolor, agentes de dignidad*. Ed. Francisco A. Ortega. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas; Pontificia Univesidad Javeriana; Instituto Pensar.

_____. 2008b. “El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas”. *Cuadernos de Antropología Social*, n. 27:19-52.

_____. 2008c. “Violence, gender and subjectivity”. *Annual Review of Anthropology*, 37:283-299.

_____. 2010c. “Engaging the life of the other: love and everyday life”. In: M. Lambek (ed.), *Ordinary Ethics. Anthropology, language and action*. New York: Fordham University Press. pp. 376-398.

_____. 2011. “O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade”. *Cadernos Pagu*, 37:9-41.

_____. 2012. “Ordinary ethics”. In: D. Fassin (ed.), *A Companion to Moral Anthropology*. Oxford: BlackwellWiley. pp. 133-149. . 2015a. “Adjacent Thinking: A Postscript”. In: R. Chatterji (ed.), *Wording the World. Veena Das and Scenes of Inheritance*. New York: Fordham University Press. pp. 372- 399.

_____. 2015b. “Lecture Two: What does ordinary ethics look like?”. In: M. Lambek; V. Das; D. Fassin & W. Keane (eds.), *Four Lectures on Ethics: Anthropological Perspectives*. Chicago: Hau Books/ University of Chicago Press.

_____. 2015c. “*A life in books*”. *Journal of 18 Vida, palavras e alguns outros traçados: lendo Veena Das the Royal Anthropological Institute*, n. 21:246-250. . 2015d. *Affliction: Health, Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press.

_____. 2017. “Corrupção e possibilidade da vida”. *Repocs*, v. 14, n. 27:131-148. . 2018. “Ethics, self-knowledge, and life taken as a whole”. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 8 (3):537–549.

_____. 2020a. *Vida e Palavras: a Violência e sua Descida ao Ordinário*. São Paulo: Editora da Unifesp.

_____. 2020b. “Encarando a Covid-19: Meu lugar sem esperança ou desespero”. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Reflexões na Pandemia*, Texto 26. pp. 01-08.

DAVID, E.C.; VICENTIN, M.C.G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde debate* | Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 3, p. 264-277, 2020.

DAVID, Emiliano de Camargo. *Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil*. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

DAVID,E.C.; VINCENTIN,M.G. Práticas antirracistas na rede de atenção psicossocial: racializar e desnortear. *Dossiê PSICOLOGIA SOCIAL E ANTIRRACISMO: compromisso social e político por um outro Brasil* • *Psicol. Soc.* 35, 2023.

DAVID. E.C., SILVA, L.A.A. Territórios racializados: a Rede de Atenção Psicossocial e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. In: Silva ML, Farias M, Ocariz MC, Stiel Neto, A, organizadores. *Violência e sociedade: o racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro*. São Paulo: Escuta; 2018. p. 233-248.

DE OLIVEIRA, B. L. de O., & de Sousa Damasceno, A. Os reflexos da pandemia (covid-19) sobre o aumento de casos de violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil. *CSONline - Revista eletrônica de ciências sociais*, (36), 13–28,2023.

DELL'ACQUA, G., & MEZZINA, R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: P. Amarante (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2* (pp. 161-194). Rio de Janeiro: Nau, 2005.

DESCARTES, R. *Discurso do Método*. São Paulo: Nova Cultural, 1994.

DEUS, Z.A. A questão racial no Brasil. *Laboratório de Políticas Públicas-UERJ*. Observatório Latinoamericano de Políticas Educacionais. Programa Políticas da Cor na Educação Brasileira, 2000.

DÍAZ-Benítez, María Elvira; Gadelha, Kaciano e Rangel, Rangel. Nojo, humilhação e desprezo: uma antropologia das emoções hostis e da hierarquia social. *Anuário Antropológico* [Online], v.46 n.3 | 2021, posto online no dia 28 setembro 2021, consultado o 09 junho 2023. URL: <http://journals.openedition.org/aa/8898> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.8898>.

DINIZ, C.S. Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta. 2000. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/maternidade-volunt%C3%A1ria.pdf> . Acesso em: 26 abr. 2024.

DONATO, E.A. Racismo epistêmico en el “sertão” del nordeste brasileño: unabordaje genealógico de la salud mental. *Quaderns de Psicologia*, 2021, Vol.23.

DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976 [1970]

DUARTE, C.L.D.;NUNES,I. R. (orgs). *Escrevivência: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo /organização: Constância Lima Duarte, Isabella Rosado Nunes; ilustrações Goya Lopes. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.*

DUARTE, Luiz Fernando. 2010. “O Nervosismo como Categoria Nosográfica no Começo do Século XX”. *História, Ciência e Saúde*, v. 17, supl. 2: 313-326.

EFREM, Roberto e MELLO, Breno Marques de. “A renúncia da mãe: sobre gênero, violência e práticas de Estado”. *Horizontes Antropológicos* [online],2021.

ELLIS, Carolyn; BOCHNER, Arthur P. Autoethnography, personal narrative, reflexivity. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Eds.). *Handbook of qualitative re-search*. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2000. p. 733-768.

EURÍPEDES, M. C; GENTIL, V. & GATTAZ, W. F. *Clínica Psiquiátrica: A visão do Departamento e do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP*. Baueri: SP: Manole, 2011, Capítulo 23, p.282-294.

EVARISTO, Conceição. *Becos da memória*. 3. ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2017b.

EVARISTO, Conceição. *Depoimento gravado no I Colóquio de Escritoras Mineiras*, realizado na Faculdade de Letras da UFMG, em maio de 2009, e publicado em sua página do literafro – o portal da literatura afro- -brasileira. Disponível em: <http://www.letras.ufmg.br/literafro/autoras/188-conceicao-evaristo> Acesso em: 28 abr. 2020.

EVARISTO, Conceição. *Insubmissas lágrimas de mulheres*. 2. ed. Rio de Janeiro: Malê, 2016.

EVARISTO, Conceição. *Olhos d'água*. Rio de Janeiro: Pallas, 2014.

EVARISTO, Conceição. *Ponciá Vicêncio*. 3. ed. Rio de Janeiro: Pallas, 2017a.

FAÉ, R. A genealogia em Foucault. *Psicol. Estud.* 9 (3), 2004.

FANON, F. (Racismo e cultura. In: M. R. Sanches (Org.), *Malhas que os impérios tecem: Textos anticoloniais, contextos pós-coloniais* (pp. inicial-final). Lisboa: 70,2012.

FANON, F. *Alienação e liberdade: Escritos psiquiátricos*. São Paulo, SP: Ubu, 2020.

FANON, F. *Os condenados da terra*. Lisboa: Letra Livre, 2015.

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador, BA: Universidade Federal da Bahia, 2008.

FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas* / Frantz Fanon; tradução de Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

_____. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FANON, F. *Medicina e colonialismo*. Editora Terra sem Amos, 2020.

FAUSTINO, D. M. (2018). *Frantz Fanon: Um revolucionário, particularmente negro*. São Paulo, SP: Ciclo Contínuo.

FAUSTINO, D. M. A equidade racial nas políticas de saúde. In: L. E Batista, J. Werneck, & F. Lopes (Orgs.), *Saúde da população negra* (pp. 92-121). Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

FAUSTINO, D. M. Frantz Fanon e a Saúde Mental Brasileira diante do Racismo. In: P.C. Magno, & R. G. Passos (Orgs), *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon* (pp. 34-48). Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020.

FAUSTINO, D. M. *Frantz Fanon: Um revolucionário, particularmente negro*. São Paulo, SP: Ciclo Contínuo, 2018.

FAUSTINO, D. M., & Oliveira, M. C. S. Frantz Fanon e as máscaras brancas da saúde mental: subsídios para uma abordagem psicossocial. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as*, 12, 6-26, 2020.

FAYA ROBLES, Alfonsina. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. *Civitas, Porto Alegre*, v. 15, n. 2, p. 190-213, abr.-jun. 2015.

FAZZIONI, Natália Helou. *Nascer e Morrer no Complexo do Alemão: políticas de saúde e arranjos de cuidado*. Natália Helou Fazzioni - Rio de Janeiro: UFRJ/IFCS, 2018.

FAZZIONI, N. Nem bom, nem mau: reflexões sobre “arranjos de cuidado” materno em dois contextos de pesquisa. *[syn]thesis*, rio de janeiro, v. 14, n.2, p. 18-27, mai/ago. 2021.

FAZZIONI, N. H. (2020). Tiro que mata, tiro que “cura”, tiro que fere: notas etnográficas sobre violência armada e direito à saúde. *Antropolítica - Revista Contemporânea De Antropologia*, (47). <https://doi.org/10.22409/antropolitica2019.0i47.a42016>.

FERNANDES, C. *Figuras da causação: sexualidade feminina, reprodução e acusações no discurso popular e nas políticas de Estado*. Rio de Janeiro, 2017. Tese (Doutorado) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

_____. *Figuras da causação: as novinhas, as mães nervosas e mães que abandonam os filhos*. Rio de Janeiro: Telha, 2021.

_____. *Rasgos da reprodução. Inteligência*. Ano XXV. Nº 102. set. 2023.

FERNANDES, C.; FONSECA, C.; FIETZ, H. Collectives of care in the relations surrounding people with “head troubles”: family community and gender in a working-class neighbourhood of southern Brazil. *Sociologia e Antropologia*, v.8, n.1, p.223-43, 2018.

FERNANDES, N.A.M. O conceito de resistência em Benjamin e em Adorno. *Estudos de sociologia*, 2001.

FERREIRA DA SILVA, Denise. *Toward a black feminist poethics: the quest(ion) of blackness towards the end of the world*. *The Black Scholar*, Brookline, v. 44, n. 2, p. 81-97, 2014.

FERREIRA DE SILVA, D. O evento racial ou aquilo que acontece sem o tempo. *In: COOPER, R.; PARMAR, S.; WILLSDON, D. (orgs.). The Two-Sided Lake: Scenarios, storyboards and Sts from Liverpool Biennial, 2016*. Traduzido do inglês por Alexandre Barbosa de Souza.

FERREIRA, L.; LOWENKRON, L. *Etnografia de documentos*. Pesquisas antropológicas entre papéis, carimbos e burocracias. Rio de Janeiro: editora e-papers. 1º edição, 2020.

Feyerabend, P. (2003). *Contra o método*. São Paulo: Editora Unesp.

FEYERABEND, P. *Matando o tempo: uma autobiografia*. São Paulo: Editora Unesp, 1996.

FEYERABEND, P. *Adeus à razão*. São Paulo: Editora Unesp, 2010.

FINLAY, L. (2002) "Outing" the Researcher: The Provenance, Process, and Practice of Reflexivity', *Qualitative Health Research*, 12(4), pp. 531-545.

FIOCRUZ. *Saúde e Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 - Recomendações gerais*. 2020.

FLOR DO NASCIMENTO, Wanderson. Da necropolítica à ikupolítica. Dossiê: Filosofia e Macumba. *Revista Cult*. Janeiro de 2020.

FLOR DO NASCIMENTO, wanderson. Da necropolítica à ikupolítica. *Revista Cult*, n. 254, 2020, p. 29-31.

FONSECA, C.; MARRE, D.; RIFIOTIS, F. Governança reprodutiva: um assunto de suma relevância política. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, ano 27, n. 61, p. 7-46, set./dez. 2021.

FONSECA, Claudia; GOLDOPHIM, Nuno; ROSA, Rogerio; CARDARELLO, Andrea. *Ciranda, cirandinha: histórias da circulação de crianças em grupos populares*. Porto Alegre: Navisual/Ufrgs, 1994 (Vídeo).

FOUCAULT, M. *Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1987.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993a.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. *A História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, M. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

FOUCAULT, M. *Os Anormais*. São Paulo, Martins Fontes, 2001. [1975].

FREUD, S. (2010b). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In: S. Freud, *Obras completas* (P. C. de Souza, Trad., Vol. 12, pp. 209-246). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915).

EFREM, R.; MELLO, Breno M. de. A renúncia da mãe: sobre gênero, violência e práticas de Estado. *Horiz. antropol.* 27 (61). set.-dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000300011>. Acesso em: 26 abr. 2024.

GAMA, F. A autoetnografia como método criativo: experimentações com a esclerose múltipla. *Anuário Antropológico*. v. 45, n. 2, maio-agosto, 2020.

GARCIA, Frederico Duarte. *Avanços e inovações nas políticas de saúde mental, álcool e de drogas no Brasil [livro eletrônico]: Uma revisão histórica / Frederico Duarte Garcia*. Belo Horizonte, MG: Ed. do Autor, 2022.

GINSBURG, F.; RAPP, R. The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, [s. l.], v. 20, p. 311-343, 1991.

GÓES, E. Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ISC/UFBA. Salvador, 2018.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução M. Nunes, 4. ed. LTC, 2008.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1961.

GOMES JDG. Entre (in)visibilidades pensando “a dinâmica das violências na separação compulsória de mães e filhos em situação de vulnerabilidade”. *Interface (Botucatu)*. 2022.

GONÇALVES FILHO, J.M. *Humilhação social: um problema político em Psicologia*. Psicologia USP. São Paulo, v.9, n.2, p.11-67, 1998.

Goncalves Jr, S. W. Y. W. P., Oliveira, M. R. G., & Benevides, B. (2020). Manifestações textuais (insubmissas) travesti. *Revista Estudos Feministas*, 28(3), 2020.

GONÇALVES, L.A.P.; OLIVEIRA, R.G.; GADELHA, A.G.S.; MEDEIROS, T.M. Saúde coletiva, colonialidade e subalternidades – uma (não) agenda? *SAÚDE DEBATE*. Rio de Janeiro, V. 43, N. ESPECIAL 8, P. 160-174, dez. 2019.

GONÇALVES, Leandro Augusto Pires. *Sobre a história viva do Instituto de Medicina Social* – Tese, 2018.

GONÇALVES, Mônica Mendes (2021). Raça, racismo e saúde: entendendo velhos conceitos, construindo novos mundos. In: Mônica Lima et al. (Orgs.), *Pensar junto/fazer com: Saúde mental na pandemia de covid-19* (pp. 375-404). EdUFBA.

GONZAGA, P. R. B. (2019). “A gente é muito maior, a gente é um corpo coletivo”: produções de si e de mundo a partir da ancestralidade, afetividade e intelectualidade de mulheres negras lésbicas e bissexuais [Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais].

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, p. 223-244, 1987.

GONZALEZ, L. A categoria político-cultural de amefricanidade (1988). In: GONZALEZ, Lélia. *Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa...* Diáspora Africana: Ed. Filhos da África, 2018.

GOMES, JDG. Entre (in)visibilidades pensando “a dinâmica das violências na separação compulsória de mães e filhos em situação de vulnerabilidade”. *Debates, Violências na separação compulsória de mães e filhos em situação de vulnerabilidade*. *Interface (Botucatu)*. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220455>. Acesso em: 26 abr. 2024.

GUIMARÃES, A. *Democracia racial: o ideal, o pacto e o mito*. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/25-encontro-anualda-anpocs/st-4/st20-3/4678-aguimaraes-de-mocracia/file>. Acesso em: 02 mai. 2020.

GUIMARÃES, A.S. *Preconceito racial: modos, temas e tempo*. São Paulo: Cortez, 2008.

GUIMARÃES, N.; HIRATA, H. S. *O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades*. Cotia, SP: Ateliê Editorial, 2020.
HIRATA, H.; DEBERT, G. Apresentação: Dossiê Gênero e Cuidado. *Cadernos Pagu*, n.46, p.7-15, 2016.

HACKING, Ian. Construindo tipos: o caso de abusos contra crianças. *Cad. Pagu [online]*. n.40 [cited 2018-02-08], pp.7-66, 2013.

HALL, S. Raça, o significante flutuante. Conferência, 1995. – *Revista Z Cultural*, 2015. Disponível em: <http://revistazcultural.pacc.ufrj.br/racaosignificanteflutuante>. Acesso em: 29 jul. 2022.

HARAWAY, Donna. “Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

HARTMAN, S. *Vidas rebeldes, belos experimentos*. São Paulo: Fósforo Editora, 2022.

HEGENBERG, Leonidas. *Doença: um estudo filosófico [online]*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Disponível em: . Acesso em: 20 abr. 2024.

HOOKS, B. Constituir um lar. Espaço de resistência. *In: Anseios. Raça, Gênero e Políticas culturais*. São Paulo: Elefante. 2019.

HONORATO, Mayra da Cruz. *Racismo, saúde mental e território: percepções e vivências de lideranças do Movimento Negro de Nova Iguaçu*, Rio de Janeiro. / Mayra da Cruz Honorato. - 2020.

IBAÑEZ, T. O “giro linguístico”. *In: Iñiguez, L. (org.). Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro, 2016.

IÑIGUEZ, L. La psicología social en la encrucijada postcons-trucionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. *In: XII Encontro Nacional da ABRAPSO*, Porto Alegre, 2003.

JAMILE DOS SANTOS JUCÁ, V.; DOS SANTOS BARBOSA, A. SERIA A MULHER “LOUCA” UMA MÁ MÃE? REFLEXÕES SOBRE MATERNIDADE E LOUCURA. *Revista Feminismos*, [S. l.], v. 11, n. 1, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/53020>. Acesso em: 1 mai. 2024.

JESUS, Carolina Maria de. *Quarto de despejo: diário de uma favelada*. São Paulo: Ática, 2004.

JUCÁ, V.; BARBOSA, A. Seria a mulher “louca” uma má mãe? Reflexões sobre maternidade e loucura. vol 11, N1 - jan – jun/2023.

KHALFA, J. Reler Fanon. *Revista XIX*, (3), 88-116, 2016.

KILOMBA, G. Ilusões vol I Narciso e Eco. *In: Pinacoteca de São Paulo (Org.)*, Grada Kilomba: Desobediências poéticas (pp. 1-22). São Paulo, SP: Pinacoteca de São Paulo, 2019b.

KILOMBA, G. Ilusões vol II Édipo. *In: Pinacoteca de São Paulo (Org.)*, Grada Kilomba: Desobediências poéticas (pp. 1-19). São Paulo, SP: Pinacoteca de São Paulo, 2019a.

KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro, RJ: Cobogó, 2019c.

KLEINMAN, A. *Care: in search of a health agenda*. The Lancet, n.386, p.240-1, 2015.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. *Social suffering*. Berkeley: University of California Press, 1997.

KOPENAWA, D. nË ROPË. *In: CARNEVALLI, F.; REGALDO, F., LOBATO, P., MARQUEZ, R.; CANÇADO, W. (ORGS.)*. *Terra: antologia afro-indígena*. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

KUSCHNIR, K. *O cotidiano da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

KRENAK, A. (2015, abril 18). *Colóquio internacional os mil nomes de gaia: Do antropoceno à idade da terra* [arquivo de vídeo]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=k7C4G1jVBM&t=972s>.

KRENAK, Ailton. *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Editora: Companhia das Letras, 2019.

KRENAK, Ailton. *O insustentável abraço do progresso ou era uma vez uma floresta no Rio Doce*. Os Indígenas e as Justiças no Mundo Ibero-Americano (Sécs. XVI-XIX), 19,2019.

LACAN, J. *O seminário, livro 3: as psicoses (1955- 1956)*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de Aluísio Menezes. 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. (Campo Freudiano no Brasil).

- LACAN, Jacques. *Seminário 17 - o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LANE, S. T. M. & SAWAIA, B. B. (Orgs.). (1994). *Novas veredas da Psicologia Social*. São Paulo: Brasiliense/Educ.
- LEBERLE, Mariana da Conceição Evangelio dos Santos. *Espiritualidade e Saúde: uma articulação possível*. 2017. Monografia – CCE, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- LIMA, F. (2018a). Raça, gênero e sexualidades: Interseccionalidade e resistências viscerais de mulheres negras em contextos bio-necropolíticos. In: E. Rangel (Org.), *(Des)prazer da norma* (pp. inicial-final). Rio de Janeiro, RJ: Papéis Selvagens.
- LIMA, F. O trauma colonial e as experiências subjetivas de mulheres negras: raça, racismo, gênero e a produção de sofrimentos. In: PASSOS, R.G.; PEREIRA, M. Org. *Luta Antimanicomial e Feminismos: inquietações e resistências*. Rio de Janeiro: Autografia, 2019.
- LIMA, F. Trauma, colonialidade e a sociogenia em Frantz Fanon: os estudos de subjetividade na encruzilhada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*; Rio de Janeiro, 72 (no.spe.): 80-93,2020.
- LIMA, M.; COUTINHO, D.; AIRES, S.;BUSTAMENTE, V.; PATO, R. (Org.). *Pensar junto/Fazer com: saúde mental na pandemia de COVID-19*. 1ed.Salvador: EDUFBA, 2022, v. 1, p. 163.
- LIMA, Rossano C. The rise of the psychiatric counter-reform in Brazil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290101, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290101>.
- LOWENKRON, Laura. *O monstro contemporâneo: a construção social da pedofilia em múltiplos planos*. Rio de Janeiro: EdUERJ. 459pp., 2015.
- _____. O monstro contemporâneo: notas sobre a construção da pedofilia como “causa política” e “caso de polícia”. *cadernos pagu* (41), julho-dezembro de 2013:303-337.
- LOYOLA, Maria Andréia. 1983. *Médicos e Curandeiros: Conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.
- LOWENKRON, L. Consentimento e vulnerabilidade: alguns cruzamentos entre o abuso sexual infantil e o tráfico de pessoas para fim de exploração sexual. *Cadernos Pagu* (45), p. 225-258. jun./dez de 2015.
- LOWENKRON, L. *De las marcas que hacen cuerpos y deshacen crímenes: notas etnográficas sobre la gestión del tráfico de personas en la policía federal brasileña* (pp. 317-354).<https://www.jstor.org/stable/jj.4449572.12>. In: Rodrigo Parrini, Karine Tinat (org.). *El*

sexo y el texto.: Etnografías y sexualidad en América Latina. El Colegio de Mexico, <https://doi.org/10.2307/jj.4449572>, 2022.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, set. 2014.

MACHADO, A. F. Filosofia africana: ética de cuidado e de pertencimento ou uma poética de encantamento. *Problemata: R. Intern. Fil.* v. 10. n. 2 (2019), p.56-75.

MAHMOOD, S. Teoria feminista, agência e sujeito libertário: algumas considerações sobre o revivalismo islâmico no Egito. *Etnográfica*, v. x 1, p. 121-158,2006.

MALEVAL, J. C. *La forclusión del Nombre del Padre: el concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2002.

MALLART, Fábio. *Morrer antes da morte*. Le Monde Diplomatique, Edição - 144 | Brasil, 2019. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/morrer-antes-da-morte/>.

MAUSS, M. 1974 [1923-24]. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. v. II. São Paulo : Edusp.

TRAJANO, Mariana Peres;¹ BERNARDES, Suela Maiara;² ZURBA, Magda do Canto³. O cuidado em saúde mental: caminhos possíveis na rede de atenção psicossocial. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.10, n.25, p.20-37, 2018.

MARTÍN-BARÓ, I. O papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia*. 1996, 2(1), 7-27.

MARTINS FILHO, M. T.; NARVAI, P. C. O sujeito implicado e a produção de conhecimento científico. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 646-654 out/dez., 2013

MARTINS, L. M. *Performance do tempo espiralar: poéticas do corpo-tela*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

MATTAR, Viviane. *Emergências sanitárias: fome, violências e resistências entre moradoras de uma favela do Rio de Janeiro no contexto pandêmico / Viviane Mattar – 2023*.

MATTAR, L.D.; DINIZ, C.S.G. “Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres”. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar. 2012.

MAHMOOD, S. Teoria feminista, agência e sujeito libertário: algumas considerações sobre o revivalismo islâmico no Egito. *Etnográfica*, v. x1, p. 121-158, 2006.

MAUSS, M. 1974 [1923-24]. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In : _____. *Sociologia e Antropologia*. v. II. São Paulo : Edusp.

MBEMBE A. *Crítica da razão negra*. São Paulo: N-1; 2018.

MBEMBE A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1; 2018.

MBEMBE, A. (2014a). Sair da grande noite: Ensaio sobre a África descolonizada. Portugal: Pedagogo. In: Mbembe, A. (2014b, janeiro 17). *As sociedades contemporâneas sonham com o apartheid*. Mutamba: Sociedade, Cultura e Lazer, 6-7. Mbembe. A. (2017). Políticas da inimizade. Lisboa: Antígona. Mbembe, A. (2018). *Crítica da razão negra*. São Paulo, SP: n-1.

MBEMBE, Achille. *Brutalismo*. Tradução: Sebastião Nascimento. São Paulo: N-1 edições, 2021. _____. *Direito universal à respiração*. São Paulo. n-1edições, 2020. Disponível em: <https://www.n1edicoes.org/textos/53>.

_____. *Políticas da Inimizade*. Lisboa: Antígona, 2017.

MBEMBE, Achille. *Direito universal à respiração*. São Paulo. n-1edições, 2020. Disponível em: <https://www.n-1edicoes.org/textos/53>.

MBEMBE, Achille. *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 edições, 2018.

McCLINTOCK, Anne. “*Pós-colonialismo e o anjo do progresso*”. Em *Couro Imperial: raça, gênero e sexualidade no embate colonial*. Campinas: Editora Unicamp. pg: 15-42, 2010.

MEDEIROS, M. X. L. de. Conflitos de Estado nas comissões parlamentares de inquérito sobre “planejamento familiar”: esterilização, soberania nacional, nordeste e corpos femininos. *Antropolítica - Revista Contemporânea De Antropologia*, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/antropolitica.i.a56440>. Acesso em: 1 mai. 2024.

MENDONÇA, ANDRÉ LUÍS DE OLIVEIRA . A Re-Volta dos Vagalumes. *PHYSIS. REVISTA DE SAÚDE COLETIVA (ONLINE)* , v. 30, p. 1-9, 2020.

MENDONÇA, ANDRÉ LUIS DE OLIVEIRA . Amefricanizar a filosofia é preciso: primaveras das rosas negras, vermelhas e coloridas em tempos de grande inverno russo. *Ensaios Filosóficos*, v. 26, p. 17-33, 2022.

MENDONÇA, André Luis Oliveira; FIGUEIREDO, Nilcéia Nascimento. Como se faz uma tese... descolonizada. *REALIS*, v.12, n. 02, Jul-Dez. 2023.

MENDONÇA, A. L. O. Já só o “Identitarismo” pode ainda salvar o “Universalismo”. *Em Construção*, volume 7, n. 1 e 2, 2023. pags. 89-99.

MILANI, H.; VALENTE, M. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.) v.4 n.2 Ribeirão Preto ago. 2008.

MISSE, Michel. *Crime, sujeito e sujeição criminal*: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. São Paulo: Lua Nova, n. 79, p. 15-38, 2010. Disponível em: . Acessado em 11 de junho de 2021.

MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. *Care*: putting practice into theory. In: _____. *Care in practice: on tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript Verlag, 2010. p.7-26.

MOMBAÇA, J. E MATTIUZZI, M.M. Carta à leitora preto do fim dos tempos. In: FERREIRA VITORINO, C. *Conversa com Castiel Vitorino*. O trauma é brasileiro.

MOMBAÇA, J. *Não vão nos matar agora*. Lisboa: Galerias Municipais/EGEAC, 2019.

MOMBAÇA, J. O mundo é meu trauma. *Revista Piseagrama*, Nº 11, p.20-25, nov. 2017.

MOREIRA, J. *A luta contra as degenerações nervosas e mentais no Brasil* (comunicação apresentada no Congresso Nacional dos Práticos). Brasil Médico 1922.

MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans le climats tropicaux. *Arq Bras Psiquiatr Neurol Ciênc Afins*, 1906.

MORI, M.E. A clínica psicanalítica Uma prática política. *Revista Brasileira de Psicanálise*. volume 52, n. 3, 91-105, 2018.

MOTEN, Fred. *Na quebra*: a estética da tradição radical preta. Trad. Matheus Araujo dos Santos. São Paulo: N-1 e Crocodilo Edições, 2023.

MOURA, C. *Os quilombos e a rebelião negra-Brasiliense* (1986).

MOUTINHO, Laura. Diferenças e desigualdades negociadas: raça, sexualidade e gênero em produções acadêmicas recentes. *Cadernos Pagu* (42), pp.201-248, 2014.

MOMBAÇA, J. O mundo é meu trauma. PISEAGRAMA, Belo Horizonte, n. 11, p. 20-25, nov. 2017. Disponível em: <https://piseagrama.org/artigos/o-mundo-e-meu-trauma/>. Acesso em: 1 mai. 2024.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. *3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação*. PENESB-RJ. Programa de Educação sobre o negro na sociedade brasileira. Niterói: EDUFF, 2004.

N. S. Sousa, *Tornar-se negro: As vicissitudes do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1983.

NASCIMENTO, A. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1978.

NASCIMENTO, P. F.G. *Desejo de filhos: uma etnografia sobre reprodução, desigualdade e política de saúde*. João Pessoa: Editora UFPB, 2020.

NETTO, J.P. A Construção do Projeto tico-Pol tico do serviço social. *In: Serviço Social e Saúde. Formação e Trabalho Profissional*. 3 ed. São Paulo. Cortez, 2008.

NERI, Marcelo. *Insegurança no Brasil: Pandemia, Tendências e Comparações Internacionais*, Rio de Janeiro, FGV Social. 2022.

ODA, A.M.G.R.; DALGALARRONDO, P. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Rev Bras Psiquiatr.*, 2000.

OLIVEIRA, Anita Loureiro; ROCHA, Willian S. Recartografias da Baixada Fluminense: ações culturais, resistências e diferenças territoriais. *Anais do VIII Congresso Brasileiro de Geógrafos*. Vitória. 2014.

OLIVEIRA, Otair Fernandes de. Baixada Fluminense: Olhares para Além da Fachada. *Revista Destinos*, v.2, p. 7-9. 2012.

OLIVEIRA, R.G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contra - dições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. *Saúde Soc* 2018; 27:37-50.

OLIVEIRA, Roberta Gondim de et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. 1-14, 2020.

OYĚWÙMÍ, Oyèrónké. Conceptualizing Gender: The Eurocentric Foundations of Feminist Concepts and the challenge of African Epistemologies. *African Gender Scholarship: Concepts, Methodologies and Paradigms. CORDESRIA Gender Series. Volume 1, Dakar, CORDESRIA, 2004, p. 1-8.*

PACHECO, H.F.; LEAL, E.; JUNIOR, G.; SANTOS, F.;MEDEIROS, K. A accountability das Organizações Sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(1), e300108, 2020.

PASSOS, R.G. Frantz Fanon, reforma psiquiátrica e luta antimanicomial no brasil: o que escapou nesse processo?. *Socied. em Deb.* (Pelotas), v. 25, n. 3, p. 74-88, set./dez. 2019.

PASSOS, R.G. *Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão*. São Paulo: Editora Hucitec, 2023.

PASSOS, R. “O lixo vai falar, e numa boa!”. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 301-309, mai./ago. 2021.

PÉREZ-PÉREZ, Beatriz. (2023). *Una genealogía de la matriz de poder moderna: lo humano, el derecho y la locura* [Tesis doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona.

PIEROBON, C.; FERNANDES, C. Cuidar do outro, cuidar da água: gênero e raça na produção da cidade. *ESTUDOS AVANÇADOS*. 37 (107), 2023.

PIEROBON, Camila. *Tempos que duram, lutas que não acabam: o cotidiano de Leonor e sua ética de combate*. 2018. 324 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

PINHO, J. A. G.; SACRAMENTO, A. R. S. Accountability: já podemos traduzi-la para o português?. *Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 6, p. 1343-1368, 2009.

PINTO, S. *Hijas de Parvati: Mujeres y locura en la India contemporánea*. Prensa de la Universidad de Pensilvania, 2014.

PISCITELLI, Adriana. “Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras”. *In: Sociedade e cultura*, Goiânia, v. 11, n. 2, 2008.

Portocarrero, V. (1990). *O dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PORTOCARRERO., V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

PRADO, G.A.S.; LIMA, C.F.;XAVIER, M.P. A clínica política: experimentação e produção de vida. *Mnemosine*. Vol.15, nº2, p. 34-52, 2019.

PRESTES, C. Não sou eu do campo psi? vozes de Juliano Moreira e outras figuras negras. *Revista da ABPN*. v.12,v. Ed. Especial–Caderno Temático: “III ANPSINEP-Articulação Nacional de Psicólogas/os Negras/os e Pesquisadoras/es”. outubro de 2020.

PROVENZANO, L. ; FRAGOZO, F. A. ; MENDONÇA, ANDRÉ . *Um mundo sem devastação é possível: repensar a floresta como conceito, metáfora e espaço compartilhado*. DOI: 10.12957/emconstrucao.2020.48121 , v. 1, p. 6-17, 2021.

PSIBR. (2016a, 14 de abril). *Psicanálise e política: Caterina Koltai* [Vídeo]. Recuperado em 24 abril. 2024, de www.youtube.com/watch?v=S0BcKngn19s.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder y clasificación social. *In: Epistemologias do sul*. (Org) SANTOS, B.S.; MENESES, M. P. Ed. Almeida. Coimbra, jan. 2009.

QUINTSLR, S. *A (re)produção da desigualdade ambiental na metrópole: conflito pela água, “crise hídrica” e macrossistema de abastecimento no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 2018. Tese (Doutorado) – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RABINOVITCH, S. *A forclusão: presos do lado de fora*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

Rachel Gouveia Passos. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argum.*, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

REGO, Sergio. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 233-235, Jan. 2006 .

REZENDE, Claudia B.; COELHO, Maria Cláudia. *Antropologia das emoções*. Rio de Janeiro: FGV, 2010

RIBEIRO COROSSACZ, V. 2009. O corpo da nação: classificação racial e gestão social da reprodução em hospitais da rede pública do Rio de Janeiro. *Coleção Etnologia*, v. 6. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. p. 294, 2009.

RIBEIRO, F. B. “Minha mãe é usuária”: Crianças e adolescentes como atores do parentesco e da parentalidade em acolhimento institucional. n.º. 15 (2023): Dossiê Diálogos Antropológicos Brasil-México: CIESAS - PPGA/UFPB, 2023.

ROBLES, A. F., Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. *Civitas: Revista de Ciências Sociais*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 190-213, abr.-jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2015.2.17985>. Acesso em: 26 abr. 2024.

ROCHA, L. Judicialização do sofrimento negro. Maternidade negra e fluxo do Sistema de Justiça Criminal no Rio de Janeiro. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Rio de Janeiro, n.º. 36, p. 181-205, 2020.

RUI, Taniele. Nojo, humilhação e vergonha no cotidiano de usuários de crack em situação de rua. *Anuário Antropológico*, v. 46, n. 3, 2021.

RUSSO, Jane e VENÂNCIO, Ana. 2006. “Classificando as Pessoas e suas Perturbações: A ‘revolução terminológica’ do DSM III”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, IX (3): 460-483.

SANT’ANNA JUNIOR, A. Exercícios de Atrevivência. 2021. 114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SANTOS, A. O. (2019). Psicologia, Enegrecimento e Formação Profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2019

SANTOS, A. O. (org.). *Saberes plurais e epistemologias aterradas [recurso eletrônico]: caminhos de pesquisa na psicologia e ciências humanas*. Niterói: Eduff, 2020.

SANTOS, A.B. *A terra dá, a terra quer*. São Paulo: Ubu Editora/Piseagrama, 2023.

SANTOS, A.B. Somos da terra. In: CARNEVALLI, F.; REGALDO, F., LOBATO, P., MARQUEZ, R.; CANÇADO, W. (ORGS.). *Terra: antologia afro-indígena*. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

SANTOS, Munyque Lorany Ribeiro dos; COSTA, Lucas Gabriel Feliciano. “IMAGENS DE CONTROLE” E A DOMINAÇÃO: UMA POSSÍVEL RELAÇÃO TEÓRICA.. In: Seminário Nacional Sociologia & Política UFPR. *Anais*. Curitiba(PR) UFPR, 2022. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/12snsep/485372-IMAGENS-DE-CONTROLE-E-A-DOMINACAO--UMA-POSSIVEL-RELACAO-TEORICA>. Acesso em: 22/04/2024.

SANTOS, Ariana de Souza Rodrigues dos. Do corpo colonizado ao corpo humanizado: trajetórias e percepções acerca do cuidado perinatal e agência feminina negra. 2020. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização – do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2000.

SARMENTO, C. S. “Por que não podemos ser mães?”: tecnologias de governo, maternidade e mulheres com trajetória de rua. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2020.

SAWAIA, B. B. (ORG.). (1999). *As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade*. Petrópolis, RJ: Vozes.

SCHUCH, P. Antropologia entre o inesperado e o inacabado: entrevista com João Biehl. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 22, n. 46, p. 389-423, jul./dez. 2016 Antropologia entre o inesperado e o inacabado <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832016000200014>.

SCHWARCZ, L.M. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil-1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, L.M. *Racismo no Brasil*. São Paulo: Publifolha, 2001.

SCHWARCZ, L.M. *Triste visionário*. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

SCOTT, J. W. Experiência. In: SILVA, A. L. da; LAGO, M. C. de S., RAMOS, T. R. O. (Org.). *Falas de gênero: Teorias, análises e leituras*. Florianópolis: Mulheres, 1999. p. 21-55.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Painel coronavírus COVID-19*. <http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html> (acessado em 31/Mai/2020).

Serpa Jr., O. D. (1992). *A constituição de um olhar: a experiência clínica na medicina e na psiquiatria*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SHARPE, C. *No vestígio: Negridade e existência*. São Paulo: Ubu Editora, 2023.

SILVA, A. A delegação e a crença no estado: tecendo uma narrativa possível sobre a constituição de “sujeitos LGBT” no Brasil. In: Fazer-se no "Estado": uma etnografia sobre o processo de constituição dos "LGBT" como sujeitos de direitos no Brasil contemporâneo [online]. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2018, pp. 43-46. *Sexualidade, gênero e sociedade. Sexualidades e cultura collection*. ISBN 978-85-7511-489-6. <https://doi.org/10.7476/9788575115152.0004>.

SILVA, D. F. “1 (life) ÷ 0 (blackness) = ∞ – ∞ or ∞ / ∞: On Matter Beyond the Equation of Value”, published in *Journal #79* in *e-flux journal* no. 79, Fevereiro 2017. (Tradução para o português por: Amilcar Packer. Revisão: Daniel Luhman.1 (vida) ÷ 0 (negritude) = ∞ – ∞ ou ∞ / ∞: sobre a matéria além da equação de valor. Disponível: file:///C:/Users/Samsung/Downloads/4_Denise_Ferreira_da_Silva_Mate%CC%81ria_ale%C%81m_equac%CC%A7a%CC%83o_valor.pdf. Acesso: 02/05/24).

SILVA, D. F. (2019). *A dívida impagável*. São Paulo, SP: Casa do povo.

SILVA, D.F. “Toward a Black Feminist Poethics: The Quest(ion) of Blackness Toward the End of the World”, *The Black Scholar*, vol. 44, nº 2, 2014.

SILVA, D.F. *Em estado bruto*. ARS, 45, ano 1. Tradução: Janaína Nagata Otoch, 2019.

SILVA, Denise Ferreira da. *Luz negra*. Tradução Bibliopreta, 2024. (Título Original: SILVA, Denise Ferreira da. *Blacklight*, 2016).

SILVA, L., CANAVÊZ, F. Medicalização da vida e suas implicações para a clínica psicológica contemporânea. *Rev. Subj.* vol.17 no.3 Fortaleza set./dez. 2017.

SILVA, N.;BARROS, S.; AZEVEDO, F.; BATISTA, L.; POLICARPO, V. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde Soc.* São Paulo, v.26, n.1, p.100-114, 2017.

SILVA, R. P. *O Social em Questão*. Resenha do livro - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019.

SILVA. M.B.B. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: Sobre os Discursos e as Práticas em Torno da Responsabilidade no Campo da Saúde Mental. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(1):127-150, 2005.

_____. O que a Reforma Psiquiátrica Brasileira produziu? Sobre tecnologias psicossociais e categorias antimanicomiais. *Revista de Antropologia da UFSCar*, v.5, n.2, jul.-dez., p.57-68, 2013.

SIMPÓSIO DE PESQUISA E DE PRÁTICAS PEDAGÓGICAS, II., 2014, Rio de Janeiro.

Saneamento Básico na Baixada Fluminense: comparação dos dados referentes ao abastecimento de água ligada à rede geral e esgotamento sanitário canalizado nos censos demográficos de 2000 a 2010 [...]. Rio de Janeiro: [s. n.], 2014.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAUJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 4021-4030, dez. 2017.

SOLATERRAR, U. “*Eles venceram e o sinal está fechado pra nós que somos jovens?*”: Caminhos de resistência da reforma psiquiátrica brasileira em defesa do modelo de atenção psicossocial, por uma sociedade do bem comum e sem manicômios. Trabalho de Conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. IPUB-UFRJ, 2018.

SOLATERRAR, U.; LOWENKRON, L. *Sofrimento Encruzilhado*: sobre transformar a dor e botar a cara no sol. 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, 30 de outubro-06 de novembro, 2020.

SOLATERRAR, U. *Sobre AFRontar a Casa-Grande e botar a cara no sol*: uma etnografia transviada de formas de gestão do sofrimento. 278f. Mestrado (Dissertação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2021.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos de. Apresentação. Dossiê Fazendo Estado. *Revista de Antropologia*. vol.55, n o2, São Paulo, USP, 2012.

SOUZA, F. O dia em que a vida parou. Expressões da colonialidade em tempos de pandemia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(2), e300210, 2020.

SOUZA, F.A.;MEDEIROS, T.; MENDONÇA, A.L.O. “Eu não posso respirar”: asfixiados pelo coronavírus e pelo Estado racializado. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300316, 2020.

SOUZA, F. A. Memórias, histórias e escrevivências: a mãe em primeira pessoa. 2020. 119 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

SOUZA, J. *A construção social da subcidadania*: para uma Sociologia Política da modernidade periférica. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

SOUZA, L. ;FARIAS, R. Violência doméstica no contexto de isolamento social pela pandemia de covid-19. *Serv. Soc. Soc.*, 144. May-Sep, 2022.

SPINK, M.J. O conhecimento como forma de resistência: uma conversa com Lupicínio Íñiguez-Rueda. *COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*. v.14, n.34, p.693-703, jul./set. 2010.

SPINK, P.K. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

STRATHERN, M. Necessidade de Pais Necessidade de Mães. *Revista Estudos Feministas*, 3(2), 303, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/%x>. Acesso em: 1 mai. 2024.

TAVARES, J.S.C; FILHO, C.A.A.J.;SANTANA, E.F. Por uma política de saúde mental da população negra no SUS. *Revista da ABPN* • v. 12, n. Ed. Especial – Caderno Temático: “III ANPSINEP - Articulação Nacional de Psicólogas/os Negras/os e Pesquisadoras/es”. Outubro de 2020, p. 138-151.

TEMPESTA, G. Por uma antropologia da reprodução racializada: Compondo laços éticoepistemológicos no horizonte da justiça reprodutiva. 33ª Reunião Brasileira de Antropologia. GT 65- Políticas reprodutivas: imperativos, violação de direitos e antropologia em tempos extremos. set. 2022. Disponível em: file:///C:/Users/Samsung/Downloads/33.a%20RBA_paper%20GAT_GT%2065.pdf. Acesso em: 19 abr.2024.

TORRES, S. La conciencia de la mestiza a conciencia de la mestiza a conciencia de la mestiza / Towards a New Consciousness towards a New Consciousness – uma conversação inter uma conversação inter uma conversação interamericana com Gloria Anzaldúa. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(3): 720-737, setembro-dezembro/2005.

TRONTO, J. *Moral boundaries: a political argument for an ethic of care*. Londres: Routledge, 2009.

VECHI, L. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estud. psicol.* (Natal) 9 (3), Dez 2004.

VENANCIO, A. T. A. (1990). *Sobre a “nova psiquiatria” no Brasil: um estudo de caso do hospital-dia do Instituto de Psiquiatria*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

VENANCIO, Ana Teresa A. Doença mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. *Physis*, v.14,n.2,2004.

VENANCIO, Vinícius. “A Questão Étnico-racial em Tempos de Crise”: Que necropolítica é essa? Usos e abusos do conceito. *Boletim a Questão Étnico-Racial em Tempos de Crise*, São Paulo, n. 23, 2 dez. 2020.

VENSON, Anamaria Marcon; PEDRO, Joana Maria. Memórias como fonte de pesquisa em história e antropologia. *História Oral*, v. 15, n. 2, p. 125-139, jul.-dez. 2012.

VIANNA, A. Vida, palavras e alguns outros traçados: lendo Veena Das. *MANA* 26(3): 1-20, 2020,

VIANNA, A. “Introdução: fazendo e desfazendo inquietudes no mundo dos direitos”. In: VIANNA, A. (org). *O Fazer e o Desfazer dos Direitos: experiências etnográficas sobre política, administração e moralidades*. Rio de Janeiro: Epapers/Laced, 2013.

VIANNA, A.; FARIAS, J. A guerra das mães: dor e políticas em situações de violência institucional. *Cadernos Pagu* (37), 79-116, 2011.

VICTORIA, Ceres; COELHO, Maria Claudia. A antropologia das emoções: conceitos e perspectivas teóricas em revisão. *Horizontes Antropológicos*, v. 25, p. 7-21, 2019.

VICTORA, C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v5, n.4, p.3-13, Dez., 2011.

VIEIRA, A. Organização e saber psiquiátrico. *Ver. Adm. Emp.* Rio de Janeiro, 1981.

VIEIRA, P.; GARCIA, L.; MACIEL, E. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela?. *Rev. bras. epidemiol.* 23, 2020.

VIEIRA, Tássia Áquila; GIOSEFFI, Janaína Rosenburg. *A maternidade (in)inteligíveis no estado: quando a mãe vira sujeito de suspeição?* Anais do 9º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde - Vol. 2, 2023.

WALSH, Catherine (Ed.). *Pedagogías decoloniales: prácticas insurgentes de resistir, (re)existir y (re)vivir*. Tomo I. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala, 2013. 553 p.

WEBER, Max. *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro: LTC, 1982.

_____. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. São Paulo: UnB, v. 1, 2004.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*, 2016;25:535-49.

WYNTER, S. Tras el hombre, su última palabra: Sobre el posmodernismo, lesdamnés y el principio sociogênico. In: W. Mignolo, *La teoría política en la encrucijada descolonial* (pp. 51-124). Buenos Aires: Del Signo, 2009.

REFERÊNCIAS ARTÍSTICAS

NOME	OBRA	DATA
Ana Rezende	Pare de brincar de Deus	2022
Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Brito	<i>Comida</i>	1997
Baco Exu	<i>BB King</i>	2018
Belchior	<i>Alucinação</i>	1976
Beyoncé	<i>Réquiem Americano</i>	2024
Bispo do Rosário	<i>Manto de Arthur Bispo do Rosário</i>	2021
Caetano Veloso	<i>Podres poderes</i>	1984
	<i>Um índio</i>	1976
Chico César	<i>Mama África</i>	1995
Conceição Evaristo	<i>Do fogo que em mim arde</i>	2022
Eduardo Marciano	<i>Chegou a vez e a voz dos usuários</i>	2023
	<i>Serenidade pela morte</i>	2021
Elza Soares	<i>A mulher do fim do mundo</i>	2015
Emicida	<i>Boa Esperança</i>	2015
	<i>Ismália</i>	2019
Eneas Elpídio	Fala em pesquisa “ <i>Arte e (lou)cura: o transitar pelos caminhos da arte como forma de desconstrução da loucura e da fabricação do artista</i> ” realizada por Fabiane Valmore	2021
Estamira	Documentário	2006
Fabiane Valmore	<i>Arte e (lou)cura: o transitar pelos caminhos da arte como forma de desconstrução da loucura e da fabricação do artista</i>	2021
	Composição sem título	2020
Gilberto Gil	<i>Babá Alapalá</i>	1977
	<i>Não tenho medo da morte</i>	2008
Hamilton Assunção	<i>Sufoco de vida</i>	2019
Lima Barreto	<i>Cemitério dos vivos</i>	1919
Luedji Luna	<i>Cabô</i>	2017
Machado de Assis	<i>O alienista</i>	1882
	<i>Primas de Sapucaia</i>	1883
Mangueira	<i>Histórias Para Ninar Gente Grande</i>	2019
Manoel de Barros	<i>O apanhador de desperdícios</i>	2008
Maria Carolina de Jesus	<i>Quarto de Despejo: Diário de uma Favelada</i>	2004
Mercedes Sosa	<i>La Maza</i>	1972
Mia Couto	<i>A morte da esperança</i>	2009
Mônica Lima	<i>Vincularidade</i>	2024
Nelson Cavaquinho	<i>Juízo Final</i>	1973
Rosana Paulino	<i>Parede da memória</i>	1994
	<i>Exposição na Galeria Superfície</i>	2016

	<i>Adão e Eva no Paraíso Brasileiro</i>	2014
	<i>A ciência é a luz da verdade?</i>	2016
	<i>Salvação das almas?</i>	2017
	<i>Série Bastidores</i>	1997
	<i>Série Ama de Leite</i>	2005
	<i>Proteção extrema Contra a Dor e o Sofrimento</i>	2011
	<i>Série Assentamento</i>	2012
Yhuri Cruz	<i>Anastácia Livre</i>	2022

Sufoco da Vida

Estou vivendo
No mundo do hospital
Tomando remédios
De psiquiatria mental

Estou vivendo
No mundo do hospital
Tomando remédios
De psiquiatria mental

Haldol, Diazepam
Rohypnol, Prometazina
Meu médico não sabe
Como me tornar
Um cara normal

Me amarram, me aplicam
Me sufocam
Num quarto trancado
Socorro
Sou um cara normal
Asfixiado

Minha mãe, meu irmão
Minha tia, minha tia
Me encheram de drogas
De levomepromazina

Ai, ai, ai
Que sufoco da vida
Sufoco louco
Tô cansado
De tanta
Levomepromazina

Ai, ai, ai
Que sufoco da vida
Sufoco louco
Tô cansado
De tanta
Levomepromazina

Composição: Alexandre Machado / Hamilton De Jesus.

Figura 61 - Trancar não é tratar



Fonte: autor.