



**SAÚDE MENTAL
RELAÇÕES RACIAIS
e COVID-19**

**Kwame Yonatan Poli dos Santos
e Laura Lanari (orgs.)**

Organização dos textos: Kwame Yonatan Poli dos Santos e Laura Lanari

Capa: Julia Francisca

Revisão técnica e edição: Laura Lanari

Diagramação: Osni Dias

Cartilha financiada pelo Fundo Baobá

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

S255 Saúde mental, relações raciais e Covid - 19 / Laura Lanari, Kwame Yonatan Poli dos Santos (orgs.). – São Paulo: 2020. 64 p.

1. Saúde mental. 2. Psicanálise. 3. Covid-19. 4. Relações raciais. I Santos, Kwame Yonatan Poli dos. II Lanari, Laura.

CDD 616.89

Bibliotecária Janaina França de Melo – CRB-8/9353

Sumário

A perspectiva do aquilombar-se - 5

Uma breve história da Psicanálise no Brasil em 5 tempos - 11

Rafael Alves Lima

Uma experiência de Afetos Multiétnicos e seus Desdobramentos - 23

Equipe CAPS IJ II Brasilândia

Até 10 – Coronavírus como analisador - 29

Kwame Yonatan Poli dos Santos

Por uma rede de saúde mental negra - 37

Kwame Yonatan Poli dos Santos

Guilherme Augusto Souza Prado

Colonialismo e os efeitos do sofrimento sociopolítico - 57

Priscilla Santos de Souza

A perspectiva do aquilombar-se

Ao longo dos últimos cinco anos, realizamos oficinas que visavam a discussão do racismo institucional em diversos CAPS's do Estado de São Paulo. Tais oficinas contavam com a participação de usuários e profissionais dos serviços, tinham duração de quatro horas e começavam com uma dinâmica de grupo de resgate da experiência da vivência singular dos privilégios e opressões de cada um dos participantes.

Durante a atividade, cada um se posicionava interceccionalmente de acordo com o modo como cada um se enxergava em termos de raça, gênero e classe. Em seguida, continuávamos com uma aula teórica básica sobre violência de Estado e o atravessamento dos marcadores sociais de diferença (gênero, raça, etc).

Por fim, realizávamos uma roda de conversa sobre essa experiência, de maneira a refletir sobre como a dinâmica afetou cada um.

Ao final da atividade, reiteradamente, surgia por parte dos participantes, a vontade de ampliação e aprofundamento dos assuntos da oficina, pois eles acabavam circunscritos a um único período do dia. Observamos o desejo de transformar aquelas intervenções pontuais em algo mais sistemático, que permitisse uma maior elaboração. A presente cartilha nasce dessa demanda por transversalizar a temática das relações raciais em alguns Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Zona Sul da cidade de São Paulo, em outras palavras, pelo Aquilombamento da rede Sul.

O aquilombamento é um dispositivo clínico, pois possui uma

proposta ética de trazer à tona a dimensão do real da rede dos serviços, do cuidado com o horizonte desejante, da construção de zonas de passagem para diferença, o comum, para que, assim, possamos trabalhar em cima dela. Portanto, a tessitura da rede é um processo de singularização, logo, toca a construção do comum.

Quando observamos a constituição do campo da saúde mental no Brasil, percebemos uma profunda e promíscua relação entre o pensamento eugênico e a consolidação da saúde mental. Entre outros momentos, tal campo se ocupava de responder: o que fazer com a população negra emergente da abolição da escravidão no Brasil? Como governar “esses estrangeiros”?

Nesse sentido, é importante perguntar: o quanto do pensamento eugênico ainda impregna a formação na área de saúde mental contribuindo na representação social dos profissionais sobre o louco e a loucura?

O texto do Rafael Alves Lima, Uma breve história da psicanálise em 5 tempos, ele apresenta a história da psicanálise no Brasil em cinco períodos, nos permitindo ver as marcas da violência e do racismo que fizeram parte de sua construção e de nossa responsabilidade em poder finalmente elevar a questão racial ao patamar no qual ela deve estar inserida.

A ideia do Aquilombamento, que tratamos na presente cartilha, surgiu do trabalho do psicólogo Emiliano Camargo David, desenvolvida em um Caps ij Brasilândia da Zona Norte de São Paulo.

Durante um dos encontros, pudemos contar com a presença do Emiliano e os profissionais trouxeram importantes elaborações a partir das questões por ele apresentadas. Em seu trabalho de mestrado, Emiliano (2018) levanta algumas questões: será que racismo é produtor de sofrimento psíquico? Conseguem os profissionais levar as relações raciais em consideração na construção do PTS? Os territórios existenciais em que os usuários circulam são percebidos como presentificação do determinante racial? Como o atributo raça se impõe como possibilidades diferentes para brancos e negros no processo saúde-doença-morte? O enlace necessário da produção acadêmica à prática produz uma forma de potência essencial ao desenvolvimento do aquilombamento nos serviços.

O texto da equipe do Caps ij da Brasilândia, Uma experiência de Afetos Multiétnicos e seus Desdobramentos apresenta o desenvolvimento do projeto Quilombo CAPS, realizado no CAPS infanto-juvenil Brasilândia, consolidando estratégias que transversalizam as questões que surgem no

serviço com o recorte racial e de gênero, somando ainda o enfrentamento ao COVID-19 na região de Brasilândia.

O projeto de Aquilombamento da rede Sul é um processo em andamento, voltado para a práxis dos profissionais da saúde mental, nesse sentido, ele visa, além da constituição de um campo teórico entre saúde mental e relações raciais, conversas a partir da prática dos profissionais.

No meio desse processo, iniciou-se no Brasil a pandemia do Covid-19, em que 50% do número dos mortos são negros. Assim, achamos necessário realizar um breve ensaio sobre o momento de pandemia no texto: Até 10- o Covid-19 como analisador.

Consideramos os equipamentos de saúde mental territórios privilegiados para mergulhar nos processos de produção de subjetividade. Dentro da área de Saúde Pública, no Brasil, dispomos de equipamentos de saúde especializados no cuidado da saúde mental, os quais compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

O Caps é um equipamento central e organizador da Raps, pois atende e organiza a atenção psicossocial do território onde está inserido, no entanto, acreditamos que ele tem potencial para ir além (DAVID, 2018).

Toda a constituição do SUS, enquanto política pública, pauta-se na lógica democrática, de maneira que o sistema esteja e seja voltado àqueles que ele atende. O último dado do IBGE (2010) indica que mais de 50% da população do Brasil é negra e, segundo dados da Organização das Nações Unidas¹, quase 80% da população brasileira que depende SUS se autodeclara negra (preta e parda).

Nessa perspectiva o texto, Por uma saúde mental da população negra: história, corpo e desejo, realiza um longo debate sobre o biologicismo que marca os serviços públicos de saúde e saúde mental. Neste âmbito, destacamos a importância de superarmos a noção orientadora das práticas em saúde do usuário sem corpo, sem história e sem desejo, esvaziado de sentido e reduzido a funções orgânicas e socialmente pré-definidas, para que façamos cumprir os princípios de equidade e integralidade na assistência em saúde. Explicitaremos o conceito de integralidade na saúde mental, em seguida, discutiremos o racismo como estruturante das relações em sua intersecção com a saúde mental, para, por fim, pensarmos as bases do que seria uma rede de saúde mental da população negra.

1 <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/>

Portanto, faz-se necessário que os equipamentos de saúde mental pública, como o Caps, estejam atentos aos marcadores sociais de diferenças (gênero, sexualidade, classe e raça).

E, por último, no texto Colonialismo e os efeitos do sofrimento sociopolítico: aquilombamento como estratégia de organização, Priscilla Santos de Souza apresenta os efeitos do racismo enquanto herança do colonialismo e traz uma análise do desenvolvimento do aquilombamento na rede pública de saúde, enquanto estratégia de resistência.

Por fim, este material foi desenvolvido com apoio emergencial do Fundo Baobá para Equidade Racial e foi escrito a muitas mãos: trabalhadores da RAPS, psicanalistas, em reuniões e supervisões do coletivo Margens Clínicas, usuários da RAPS, entre outros parceiros. Esperamos que a presente cartilha seja um despertar para o aquilombamento enquanto uma perspectiva de liberdade e as possibilidades de aquilombar-se dentro da proposta da Reforma Psiquiátrica no campo dos serviços de saúde mental em tempos de Covid-19 e, por fim, que demonstremos a enorme potência do intercruzamento de saberes na luta contra a estrutura racista na qual estamos inseridos.

Referência bibliográfica

IBGE. Censo de 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm> . Acesso em: 22 mar. 2020.

DAVID, E. C. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

Uma breve história da Psicanálise no Brasil em 5 tempos

Rafael Alves Lima¹

Para dizer muito rapidamente, nós podemos dividir a história da psicanálise no Brasil em cinco grandes períodos. Passemos pelos três primeiros períodos para termos tempo de compreender os dois últimos, que me parecem mais importantes. Estou propondo esta periodização a partir da minha pesquisa de doutorado (que é sobre a história da psicanálise durante o período ditatorial no Brasil), mas também a partir das pesquisas dos melhores historiadores da psicanálise no nosso país (Lucia Valladares, Cristiana Fachinetti, Jane Russo e outros).

Primeiro período

A respeito do primeiro período, que é bastante complexo, destacamos o recurso à psicanálise por parte da psiquiatria dominante como modalidade de justificação e explicação “psicológica” do suposto comportamento errante dos negros libertos após a abolição da escravidão no Brasil. A patologização da negritude enquanto “excesso sexual”, “vadiagem”, “indisposição à aceitação da Lei” ou “predisposição ao alcoolismo” – que na verdade era resultado da situação de indigência a que os negros libertos se encontravam, sem lar e sem emprego nas grandes cidades - era o discurso psiquiátrico dominante. Sob o pano de fundo da teoria da degenerescência (que nunca teve a ver com as ideias freudianas, como vocês sabem), a psiquiatria brasileira da época funcionava, por um

¹ Psicanalista e doutorando da USP.

lado, como uma extensão da polícia nos hospícios públicos e, por outro, como um discurso “científico” contra a miscigenação, pois, segundo este raciocínio, o casamento entre pessoas de diferentes etnias geraria filhos doentes mentais. A isso se ligaram a ideia de que uma educação sexual adequada na infância, com medidas anti-masturbatórias e moralismos repressores de toda ordem, seria uma medida preventiva contra as doenças mentais. Com isso, como resultado geral, seria possível projetar um Brasil mais moderno por meio da psicologia dos brasileiros, cuja subjetividade poderia enfim estar à altura da subjetividade europeia, o grande “ideal de eu” civilizatório por excelência no Brasil do início do século 20.

As primeiras décadas da implantação da psicanálise no Brasil foram obviamente fundamentais, mas bem menos gloriosas do que gostaríamos que ela tivesse sido. Resumidamente, são estes três eixos – racismo científico, educação sexual infantil e projeto civilizatório – que marcam a entrada da psicanálise no Brasil. Para o que vamos discutir, é importante entender particularmente este último eixo: o compromisso do discurso psicanalítico “acomodado” às condições sociais locais com este “sonho de Brasil”, mais moderno e mais europeu – como se o freudismo fosse uma das plataformas para nos tirar “para fora do atraso civilizatório” que nos seria inerente desde a colonização portuguesa, segundo a ideologia dominante.

Segundo período

O segundo período não deixa de ser um reflexo desta implantação do discurso freudiano “acomodado” às condições brasileiras, com todas as suas ambiguidades e heteronomias. A diferença significativa é que começam a chegar os primeiros analistas estrangeiros para treinar analistas brasileiros a partir de 1938 (a primeira foi Adheleid Koch, que fugiu do nazismo alemão e se instalou em São Paulo). Neste período serão treinados os primeiros grupos de psicanalistas reconhecidos internamente, iniciando o longo processo de delimitação entre “dentro” e “fora” que marcará a hegemonia da IPA (“International Psychoanalytical Association”) no Brasil por longos anos. Ou seja, não bastava mais apenas praticar a psicanálise e se autodeclarar psicanalista, era preciso se submeter ao sistema de treinamento clássico, inclusive podendo se denominar ortodoxo. A parte positiva é que este movimento instala a obrigatoriedade da análise pessoal

do psicanalista, a chamada segunda regra fundamental, tal como dizia Sándor Ferenczi. Porém, o efeito colateral deste processo foi o crescente “encastelamento” das instituições brasileiras ligadas à IPA: a autonomia progressiva em relação às pautas de Estado e a restrição da legitimação em um círculo interno dariam um destino ao “desejo de internacionalização” - e portanto, daria o primeiro contorno à imagem de civilidade tão esperada para um grupo de “pessoas eleitas” (ou seja, da elite). Lendo Freud e autores da psicanálise inglesa (Klein, Bion e outros), é nestes anos que a psicanálise começa a recusar as teses do racismo científico e da moralização da educação sexual infantil. Ainda assim, não foi uma recusa verdadeiramente radical, uma vez que o projeto civilizatório e a sensação de atraso em relação ao universo psicanalítico europeu se perduraria. Neste movimento, as populações negras pobres periféricas, que já haviam sido “patologizadas” nas décadas anteriores, continuariam excluídas do campo psicanalítico geral pela força motriz da história de desigualdade social no Brasil.

Terceiro período

O terceiro período representa a consolidação da hegemonia do discurso psicanalítico no Brasil por sobre os outros discursos “psis”, sob a tutela da IPA. Para se ter uma ideia, durante os anos 50 o governo federal financiou o treinamento de um grupo significativo de psicanalistas das IPAs brasileiras, que foram à Europa realizar seus treinamentos; comparativamente, os grupos que realizaram seus treinamentos nas IPAs da Argentina tiveram muita dificuldade em serem reconhecidos como psicanalistas treinados. Ou seja, como se só o treinamento na Europa fosse validado. No campo político, o discurso progressista do presidente Juscelino Kubitschek (médico de formação e amigo pessoal de psicanalistas) restituía o orgulho de ser brasileiro, simbolizado com a mudança da capital do país para Brasília, com políticas econômicas liberais de modernização da indústria e do comércio nacional. A sedimentação definitiva da IPA no Brasil se dará ao longo dos anos 60, quando serão laureadas três instituições fortes em três das maiores capitais do país (São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre). É um período em que muitos médicos psiquiatras buscarão o treinamento em psicanálise como forma de enriquecimento, ao mesmo tempo em que impedirão o acesso ao treinamento em psicanálise aos não médicos como uma “reserva de mercado”. Obviamente, mais uma vez,

nesta nossa interpretação brasileira *sui generis* de “A Questão da Análise Leiga”, a população negra e pobre continua excluída deste círculo, mas os meios que justificavam tal exclusão eram mais “sutis”. Eu concordo com o psicanalista Christian Dunker quando ele afirma que no liberalismo brasileiro a clínica psicanalítica se estabelece segundo uma gramática de reconhecimento do sofrimento. Haveria uma separação tácita entre o sofrimento bem nomeado (“depressão”, “ansiedade”), validado pela linguagem médica ou psicológica e bem apto ao tratamento e à cura, e o sofrimento mal nomeado (“fraco dos nervos”, “doente dos nervos”, “aperto no peito”, “bolo no estômago”, “espinguela caída”), que seria a expressão de uma precariedade simbólica própria dos déficits educacionais das populações pobres e socialmente vulneráveis. Lembremos de Ferenczi quando analisa em “A Ontogênese do Símbolo” o papel que a concretude da experiência corporal tem no processo de simbolização – cujo exemplo notável é o do garoto surpreso diante do Rio Sena que diz “Nossa, quanto cuspe!”. No aspecto social e econômico da gramática de reconhecimento do sofrimento e sua respectiva expressão no campo da linguagem, é como se a nomeação do sofrimento por meio da concretude da experiência corporal fosse uma “falta de repertório cultural”, de tal forma que pela própria nomeação atribuída ao sofrimento seria possível inferir qual a origem social daquele sujeito (nascido em qual região do país, etnia, classe e por aí vai). Dizendo de outro modo, é uma estratégia particular de triangulação dos conhecidos eixos de Michel Foucault – o louco, o primitivo e o infantil – sustentada por uma valoração de classe. Assim sendo, concordamos com o sociólogo Jessé de Souza quando ele afirma que a segregação social se dá na transmissão de heranças imateriais e acesso a relações privilegiadas, que viabilizam a reprodução ampliada do capital material (SOUZA, A Ralé Brasileira, p. 19). Para além do capital material concreto, a segregação passa por sofisticações comportamentais, de desempenho de linguagem, de apropriação discursiva e de bom uso do capital cultural – ou simplesmente, para lembrar de Bourdieu, a segregação passa pelos signos de distinção. É deste modo que a psicanálise “encastelada” chancela o grande sistema de segregação social brasileiro, garantindo uma reserva de mercado dirigida à clientela das classes altas, sustentada pelo prestígio da profissão médica no Brasil, chegando enfim ao período ditatorial que se inicia em 1964 em uma ascensão que parecia inabalável.

Quarto Período

Com efeito, no quarto período, com a ascensão do militarismo, a psicanálise passa por um período que os historiadores denominam “boom” da psicanálise. Sei que é estranho pensar que a psicanálise esteve em franca expansão justamente no momento em que o país vivia um regime de exceção. Isso parece não caber bem na tese de Elisabeth Roudinesco, por exemplo, que afirma que as condições de sobrevivência da psicanálise dependem do regime democrático. Como pode afinal a psicanálise não apenas sobreviver, mas sobretudo florescer na ditadura militar no Brasil? Penso que o “boom” da psicanálise durante o período ditatorial não foi suficientemente explorado e explicado, isto é justamente o que estou trabalhando na minha pesquisa atual do doutorado. O “boom” da psicanálise no Brasil durante o regime militar é um efeito de múltiplas causalidades, que só podem ser compreendidas com uma abordagem historiográfica complexa que prescindia do modelo historiográfico tradicional estabelecido por Ernest Jones na biografia dele sobre Freud. A perspectiva transnacional (Plotkin) e os estudos sobre a geopolítica psicanalítica (Nobus) são muito úteis neste sentido. Primeiro, o desejo de ascensão social por meio da psicanálise pressionava o estabelecimento da IPA para abrir o acesso ao treinamento a não-médicos. Esta pressão era exercida principalmente pelos psicólogos, cuja profissão passava a ser reconhecida pelo Estado em 1962. Isso causa um problema para as instituições “interditadas”, pois a demanda pelo treinamento em psicanálise era numericamente maior do que a oferta de tratamentos de treinamento. Segundo, a psicanálise gozava de grande prestígio na cultura popular e chegou a ser tema de séries de televisão. Entre os intelectuais, Freud era assunto discutido nos círculos universitários, e a psicanálise atravessou a produção cultural nos campos da literatura e da música. Terceiro, a psicanálise passa a ser desejada pela classe média em ascensão como representação de uma distinção de classe: fazer análise pessoal ou se tornar psicanalista era uma espécie de “elevação”. Bem, tudo isso faz sentido com a história que eu contei a vocês até agora. Mas quanto ao regime repressivo, violento, que torturou e matou centenas e milhares de brasileiros? Diante do terror de Estado, que se instala indiscutivelmente na ditadura militar em 1968, boa parte dos psicanalistas se calariam, seja por medo, seja para preservar a neutralidade. O plano de atravessar um dos períodos mais macabros da história do Brasil dentro da clausura das salas

de consulta e de preferência sem falar sobre política, no entanto, falhou. Explico.

Até agora, nós vimos que a tradição geral do movimento psicanalítico brasileiro espelhava a esfera política na qual ele prosperava. Se quisermos pensar a psicanálise enquanto campo, à maneira de Bourdieu, este espelhamento é o reflexo do déficit de autonomia relativa do campo psicanalítico em relação às pautas do Estado. Tanto o histórico intelectual de oferecer explicações “psicopatológicas” para justificar diferenças de classe em linguagem “científica”, quanto o histórico institucional de se ligar ao governo para extrair benefícios financeiros e se fortalecer na ideologia do progresso civilizatório, são demonstrações disso. Até o regime militar, o discurso psicanalítico raramente era usado como discurso de contestação do regime ou de crítica política no Brasil. Mas, bem, é óbvio que a ditadura militar complexificou ainda mais as coisas. Vale lembrar, como dizem os historiadores do período militar no Brasil, que a propaganda ditatorial era pautada nos chamados “verniz democrático” e no “milagre brasileiro”. O verniz democrático era uma espécie de maquiagem: para uma grande parcela da população, o Brasil não vivia em um Estado de exceção, pois por exemplo as pessoas votavam (ainda que o governo fechasse o Congresso e cassasse mandatos quando o resultado das “eleições” não fosse favorável aos militares). Já o “milagre brasileiro” era a imagem forjada de que o Brasil enfim vivia seu melhor momento econômico da história, sem desemprego e sem corrupção política (quando na verdade os militares endividaram gravemente o país e nunca permitiram a abertura de processos de investigação de corrupção contra eles mesmos – obviamente). Financiados principalmente pelos EUA, os militares institucionalizam a tortura de maneira definitiva em 1968, aparelhados por um serviço secreto de informação, perseguindo, exilando e assassinando os “suspeitos” de “serem comunistas”. Para as classes médias e altas que fingiam acreditar que não viviam em um Estado de exceção, “a vida continua” segundo o pensamento do “não se volte contra o regime e você continuará vivo” [para parafrasear o ex-governador de São Paulo, Geraldo Alckmin]. Para os brasileiros verdadeiramente pobres e miseráveis, cuja “vida não segue em frente”, a experiência de viver permanentemente sob um Estado de exceção já os acompanha desde os tempos da escravidão – até porque a polícia brasileira é militar desde o final do séc. XIX e, como nós dizemos

no Brasil, “todo camburão tem um pouco de navio negreiro”.

Bem, isso é suficiente para entender que se abster da participação política já é por si só uma posição política. Mas os psicanalistas tinham uma nomeação própria para isso. A equivalência imediata se dava entre “neutralidade clínica” (há uma recepção bastante peculiar do analista “sem memória” e “sem desejo” de Bion aqui) e “neutralidade política” (algo como um “se a psicanálise não é uma Weltanschauung, então a política não é assunto para psicanalistas”). No entanto, apesar de ter sido majoritária, a despolitização não foi hegemônica. A resistência psicanalítica ao regime ditatorial irrompe em torno do impacto do escândalo do caso Amílcar Lobo, que era um médico psiquiatra e psicanalista em treinamento em uma das IPAs no Rio de Janeiro, que dividia seus dias entre atender pacientes, estudar no treinamento como psicanalista e trabalhar nos aparelhos de tortura da ditadura militar. A atuação dele na tortura era fundamentalmente estabelecer um limite: até que ponto o torturado ainda aguentaria a tortura, antes de morrer. Em sua autobiografia, cujo título traduzido seria algo como “A Hora do Lobo, A Hora do Carneiro”, escrita depois de uma série de encontros confessionais com um padre, há conteúdos expressivos, como as atividades na tortura justificadas com interpretações edípicas que parecem ter saídas de uma análise pessoal malfeita, ou como o discurso do “eu estava apenas cumprindo ordens” - que nos faz lembrar da ideia de “banalidade do mal” de Hannah Arendt, ou do que Theodor Adorno denominou de “racionalidade instrumental”. O caso é bastante conhecido, para os que não conhecem, eu recomendo fortemente que vocês procurem ele na internet. Bem, o fato é que a aberração Amílcar Lobo se torna pública no fim dos anos 70, devido às denúncias de alguns dos mais corajosos psicanalistas da história do nosso país, primeiramente com Helena Bessermann Viana, e depois acompanhada por Helio Pellegrino, Eduardo Mascarenhas e outros, no RJ. Ou seja, é justamente no período em que se iniciaria o processo de abertura política do Brasil em direção à redemocratização que plano da IPA de se manter neutra politicamente neste momento falha definitivamente, inclusive porque estes psicanalistas que eu citei eram membros da IPA – embora eles tenham sido expulsos depois da denúncia e perseguidos pelos próprios colegas.

Então bem, como vocês devem imaginar, é aos poucos que vamos tendo acesso a essas histórias, e eu tenho certeza de que há muita pesquisa

a ser feita neste campo. Assim sendo, por mais que nos orgulhemos dos psicanalistas ou instituições que desafiaram a ditadura militar, o fato é que o discurso psicanalítico convencional durante a ditadura não esteve entre os discursos mais fundamentais de contestação do regime militar, embora tivesse todas as condições para tal, e tampouco ele reivindicou esta posição para si próprio. O escândalo de Amilcar Lobo seria conhecido mundialmente e mancharia a imagem da IPA no Brasil; no entanto, é preciso dizer que, nos últimos anos, a IPA vem se esforçado positivamente para se acertar com a própria história, especialmente pelo empenho das gerações mais novas. Vamos ver o que acontece.

A neutralidade, seja por “medo” ou por “ciência”, pagou o seu preço. Os psicoterapeutas alinhados à esquerda preferiram as terapias ditas alternativas (principalmente o psicodrama, as terapias corporais reicheanas e as terapias de grupo) à psicanálise, que parecia para eles muito despolitizada, ou nada progressista. No entanto, nos anos 70 inicia-se o movimento lacaniano no Brasil. Vejam que há muitos elementos que “caberiam bem” para isso. Eu arrolaria pelo menos 6: 1) a crítica ao conservadorismo do treinamento da IPA, 2) o apreço ao papel da linguagem no trabalho clínico (o apreço pela linguagem também estava presente nos círculos estéticos brasileiros, na poesia, na música e na crítica literária – há um tipo especial de sincretismo aqui), 3) a recepção pelos intelectuais universitários, cuja tradição nas ciências humanas brasileiras é fortemente influenciada pelo pensamento francês, 4) a abertura para o treinamento de psicólogos e outros profissionais sem a formação médica exigida pela IPA, 5) a legitimação destes treinamentos enquanto também treinamentos psicanalíticos e 6) a flexibilização do par tempo-dinheiro próprio da prática clínica lacaniana (maior liberdade para negociação de valores de sessão com cada paciente, junto com a maior variabilidade no tempo cronológico das sessões), flexibilização que tornaria a formação de analistas mais acessível àqueles não teriam condições financeiras de arcar com os altíssimos preços de um treinamento psicanalítico na IPA. Ora, não é preciso ser um psicanalista lacaniano para reconhecer que o movimento lacaniano trouxe novos ares para o espírito engessado da hegemonia da IPA no Brasil; diferente do psicodrama ou dos grupos reicheanos, não psicanalíticos por definição, o movimento lacaniano era uma alternativa crítica e progressista do ponto de vista político, e, mesmo assim, interno

à psicanálise. Há aí também uma interpretação bastante *sui generis* do lema do “analista que se autoriza de si mesmo”, que parece ter encaixado, para o bem e para o mal, no interior de uma certa mentalidade liberal da psicanálise no Brasil. Diferente do esquema hierárquico de estrutura piramidal da IPA, que restringia o expansionismo, o movimento lacaniano se espalhou no Brasil por meio de suas instituições, que seguem um padrão singular de “reprodução por partenogênese”. Por estas razões, o discurso lacaniano tem presença muito forte não apenas em redes universitárias e intelectuais, mas também na grande mídia e na cultura popular. Na minha opinião, o discurso lacaniano prosperou no Brasil sobretudo pelo alcance do seu repertório conceitual e pela radicalidade da dimensão ética de sua prática clínica, cujo efeito foi uma espécie de “ar fresco” que não teria sido possível por nenhuma outra via.

Quinto Período

Bem, com isso chegamos ao último período, que é o que julgamos estar em curso atualmente. É no contexto da transição da ditadura militar para o regime democrático que o quadro geral da psicanálise começa a mudar substancialmente. Se foi durante o fim do regime militar que a psicanálise encontrou o seu período de maior expansão, foi o fim da ditadura que levou à psicanálise no Brasil ao seu melhor momento. Até aqui, vimos que a penetração do movimento lacaniano na cultura, nas universidades, na grande mídia, nos circuitos estéticos e na intelectualidade brasileira fez com que muitas escolas lacanianas chegassem a diversas cidades do Brasil antes da chegada da IPA. Com a imagem manchada após o escândalo internacional do caso Amílcar Lobo, a IPA no Brasil por algum tempo “se retiraria de cena” e desaceleraria seu expansionismo para se reconfigurar e rever seus princípios para não repetir os erros do encapsulamento e da despolitização novamente.

Assim, vemos também uma recuperação da questão racial no debate psicanalítico. Não por acaso, os trabalhos mais importantes neste campo de autoras como Lélia Gonzalez e Neusa Santos Souza datam do fim dos anos 70 até os anos 90. Não por acaso, ambas foram diretamente ligadas ao movimento lacaniano carioca. Serão elas que de fato reivindicarão o debate com a psicanálise em um momento em que as ideias higienistas e eugenistas do racismo científico já eram bastante distantes. Lélia Gonzalez

ênfatizará, por exemplo, o papel da mãe negra (pelas formas das babás e empregadas domésticas, heranças do histórico escravagista brasileiro) na formação das subjetividades brasileiras. A mulher negra que cuida da criação do filho branco da mãe branca marca uma diagonal que atravessa toda uma formação subjetiva do nosso país, em termos de linguagem e de afeto. É o que a antropóloga Rita Segato chamará depois de “Édipo Negro”, tema sobre o qual me dediquei em um artigo.

Neusa Santos Souza no clássico “Tornar-se Negro” compreende a questão racial na chave de um processo subjetivo. Como o título já indica, à maneira de Simone de Beauvoir (“não se é mulher, torna-se mulher”), Neusa Santos Souza descreve por meio de depoimentos e entrevistas este processo, com suas dificuldades, empecilhos e desafios próprios que cada sujeito negro enfrenta no Brasil.

De lá pra cá, a questão racial finalmente conquista a dignidade de objeto digno de reflexão e ganha cada vez mais espaço no debate psicanalítico. No entanto, ainda há muito a ser feito. Depois de décadas em que o pensamento freudiano foi associado – a despeito das ideias do próprio Freud – a uma agenda intelectual do chamado “racismo científico”, parece que há marcas na tradição psicanalítica no Brasil que ainda não foram suficientemente superadas. O desafio é grande, que não nos recusemos a enfrentá-lo.

Uma experiência de Afetos Multiétnicos e seus Desdobramentos

Equipe CAPS IJ II Brasilândia

O CAPS Infanto-juvenil Brasilândia há algum tempo vem se percebendo como um dos pontos de resistência de afirmação das políticas públicas para a saúde da população negra.

Nossa proposta é de resistência, de segurança, de cultivo da diversidade, onde a diferença se apoia e se afirma como estratégia de cuidado: assim nasce a ideia do “Quilombo CAPS”.

Mais que promover Saúde Pública, o Quilombo CAPS tem como objetivo pensar para quem, qual a população, sua cor e quais os afetos que são direcionados a partir dos fenótipos num território majoritariamente negro e com graves situações de vulnerabilização. Visamos constituir espaços de potência e protagonismo: para nós isso é uma missão!

Conforme dados coletados durante atendimentos, num território com cerca de 500 mil habitantes, rodeados por 19 unidades básicas de saúde, totalizam os afirmativos negros e pardos em 236 usuários da infância e juventude num total de 493 cadastros ativos no serviço (CAPS IJ BRASILÂNDIA). Nossa média de atendimento mensal está em cerca de 250 usuários por mês.

Assim, adotamos como importante estratégia de mapeamento, com relação ao trânsito dessa população no serviço e no territorial, algumas mudanças concretas como a modificação dos instrumentais internos de registro e de coleta de dados pessoais dos usuários, como por exemplo a ficha de acolhimento inicial, que passou a contar com o item de classificação étnico-racial, bem como orientação de gênero (conforme orientações do

Ministério Público de Saúde Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017).

A partir disso, realizamos discussões de educação continuada junto à equipe deste CAPS e junto à rede intersetorial, a fim de promover diálogos críticos que identifiquem os impactos referentes às cenas de racismo do cotidiano que causam sofrimento psicossocial na população, principalmente durante a infância.

Ainda temos grandes desafios, no sentido de firmar tal discussão como tema transversal, em política pública no âmbito de gestão, alinhado aos processos de trabalho. Abordamos constantemente o tema nas avaliações psicossociais, o que demanda uma articulação da rede intersecretarial, a fim de promover integralidade no processo de cuidado em saúde mental. Dessa forma, levamos essa proposição para outras práticas de intervenção na rede e no território, como por exemplo, no apoio matricialmente da atenção básica, nos cuidados das familiares/cuidadores, SMADS /SAICAS, e Sistema Judiciário (VARA DA IJ, MSE, DEFENSORIA PÚBLICA) e EDUCAÇÃO.

Para a promoção em saúde mental da população negra, o CAPS infanto-juvenil Brasilândia organizou junto a parceiros da rede de atenção, em 22 de novembro de 2019, a primeira “Feira Preta de Troca de Tempo”.

A proposta era transformar o complicado em simples. Partimos do princípio horizontal, onde as pessoas trocaram seu tempo, hora por hora, e todas as horas tinham o mesmo valor; porém a ideia era que todas as atividades seriam transversalizadas pela questão racial, mais precisamente, um corte de raça e gênero. Entendendo que, tão importante quanto promover o pensamento crítico a respeito das políticas públicas para a saúde da população negra, ampliar irrestritamente a representatividade, era fundamental para mudarmos os paradigmas preconceituosos racistas e eugênicos, todas as atividades foram ministradas por representantes negros.

Neste mesmo recorte da feira preta temos nos reinventado no atual contexto da pandemia com o objetivo de manter o cuidado e atenção psicossocial junto à comunidade deste território, visto que o cenário da pandemia nos convoca a pensar sobre como a população preta, pobre e periférica tem sido desfavorecida. Tal cenário escancara as desigualdades sociais e raciais, como podemos acompanhar com os dados de óbitos no distrito da Fó/Brasilândia, que lidera o índice de mortalidade por COVID-19 no município de SP.

Assim, temos nos debruçado em reinventar a prática de cuidado, sustentando pontos como a manutenção de vínculo com os usuários e o território, procurando garantir o direito de acesso e cuidado em saúde, bem como a garantia de direito em outros aspectos psicossociais.

Citamos alguns exemplos de estratégias:

- Atendimento via contato telefônico.
- Visita domiciliar.
- Grupos de convivência Wathszaap: Diálogo coletivo e propostas de atividades interativas, contação de história com apoio da PUC.
- Produzido conteúdo digital para as redes sociais, com apoio da PUC.
- Entrega de medicamentos aos cuidadores dos nossos usuários que estão classificados dentro do grupo de risco (idosos ou com comorbidades clínicas).
- Apoio às equipes de atenção básica.
- Ação na Capadócia / BRINCAR NA QUARENTENA
- Roda de conversa e intervenção corporal com trabalhadores (UBS Silmarya, Paulistano).
- Ação de educação com relação à “Utilização de EPI’s e higienização” Atensão e suporte a vida”.
- Reunião RT Médico e RT enfermagem mais Gestão quinzenalmente.
- Reunião colegiado gestor.
- Reuniões breves em ambiente aberto e arejado (quintal) para organização diária do coletivo.
- Reunião com equipe de enfermagem semanalmente.

SAICAS

- Apoio matricial/Aproximação e sustentações das ações territoriais
- Atenção à crise
- Diálogo com a equipe técnica, orientadores e criança, aproximação através de contação de histórias, Horta e culinária.

Redes Sociais

- CAPSIJ Brasa (Instagram, Youtube, Facebook.) link: capsijbrasa
 - Rádio CAPS IJ BRASA (Youtube, Facebook) link: capsijbrasa
- RAPS Fó/Brasilândia
- Economia solidária, projeto de produção de máscaras (CAPS ADULTO,

CAPS AD, SRT's).

- Reunião por chamada de vídeo como o Colegiado Coletivos e rede Intersetorial
- Projeto Brasilândia solidária
- Diálogo com Conselho tutelar
- Diálogo/supervisão institucional PUC
- Santa Casa Curso de enfermagem
- USP curso de terapia Ocupacional
- PET Saúde (Programa Educação pelo Trabalho)
- BRINCAR NA QUARENTENA (Coletivo independente)
- LARZINHO RECURSOS ASSISTÊNCIAS (Cesta Básica)
- Diálogo com Educação (NAAPA/CEFAI)
- Coletivo VASA COVID: CCJ / Radio Cantareira / CAPS IJ Casa Verde/ Made integrante de comunicação da comunidade representante do projeto COVID na Quebrada.

Cuidando do trabalhador

- Boletim informativo semanal (em implantação).
- Atividades corporais e exercícios de respiração (ioga, alongamento, auto-massagem).
- Rádio on-line (espaço lúdico possibilita a interação e troca de repertório de vida através da música).

Fluxos e documentos internos:

- Fluxo de atendimento inicial.
- Formulário de triagem a sintomas respiratórios.
- Equipe de Avaliação/triagem.
- Monitoramento de profissionais afastados por sintomas respiratórios.

Sendo assim, temos experimentado essas estratégias a fim de construir um modelo que neste momento garanta o acesso, o vínculo, o cuidado com os usuários e a comunidade, considerando o enfrentamento ao COVID-19 no território da Brasilândia, com o desafio de manter a discussão da racialidade como tema transversal junto a essas propostas.

O CAPS Infante-Juvenil da Brasilândia vem enfrentando a pandemia transversalizando o tema raça/cor como mais que um desafio, uma construção institucional de afetos.

Entendemos como missão e almejamos a disseminação pandêmica desses afetos para a transformação individual e coletiva, e que seja a força motriz no contágio de uma sociedade mais equânime e amorosa.

Até 10 – Coronavírus como analisador

(em memória do Fernando Virgílio)
Kwame Yonatan Poli dos Santos¹

Chovia? Não lembro mais, mas qual outra cena seria possível para aquele dia dois de abril? Chove em mim e faz frio.

Não havia mais leitos e nem como se acostumar com a cena anunciada: Coronavírus fazia mais uma vítima.

No velório, imagino que eram somente 10: “disseram que só pode até 10”...

Conta um, dois, três, quatro, cinco, seis, sete, oito, nove, dez.

Jovem, negro, aos seus 36 anos, tinha feito dezenas de amigos e familiares na vida, mas no seu enterro só foram 10, só puderam ir 10.

Um amigo distante da época da faculdade que não via há muitos anos pegou Covid-19 e faleceu na madrugada do dia 2 de abril de 2020. Não nos víamos há muitos anos, mas sua morte produziu algo inominável. Tão jovem, 36 anos.

Engasgo e a lágrima que não sai...

Não é o tempo que passa, somos nós que passamos por ele. Ele existia antes de nós e permanecerá depois que fizemos nossa passagem. Abstrato, invisível e profundamente material, ninguém o tem e, ao mesmo tempo, ele na sua vagarosidade se faz presente: marca o rosto, dobra-se, retorna, deixa lembranças e leva pessoas queridas.

Caixão lacrado, distância de 1,5 metro, sem abraços, beijos, peito apertado, respira e conta até 10.

¹ Doutorando da PUC-SP

Tudo foi esterilizado com álcool em gel: o caixão, o cozeiro, o Fernando, as lágrimas, as mãos, tudo, menos a dor, não me toquem nessa dor, ela não vai ser neutralizada.

Procurei nas nossas mensagens, a última que trocamos foi em 2014. Foi por causa da correria, alma desse negócio sem alma.

Nossa última conversa pelo Facebook, tinha sido em 2014, ele me convidava a trocar uma ideia sobre meu artigo sobre a democracia, que já naquela época anunciava sua ruína. Ele queria conversar sobre política (Dilma x Aécio) e marcamos de conversar qualquer dia. Qualquer dia chegou para mim e outros 10.

Se pudesse teria lhe dito que aquelas polarizações presentes na eleição de 2014 já existiam há muitos anos, há três séculos, no mínimo. O Brasil divide-se entre aqueles que podem ter luto, história e aqueles que não; aqueles que podem ter nome e outros que podem ser números e virar estatística ou nem isso (SAFATLE, 2020).

Muitas pessoas não entendem o porquê no dia 13 de maio de 1888, dia oficial da abolição da escravatura, não haver nada para ser celebrado, como é o dia 20 de novembro, dia de Zumbi dos Palmares. Entre as várias razões, as duas que me parece mais relevantes são: dia 20 novembro celebrar a história dos vários quilombos e movimentos de resistência que foram ocultados na história oficial; e, por outro lado perceber que a abolição do regime escravocrata no sentido produtivo não significou, até hoje, a extinção das relações de colonialidade, ela continuou no aspecto estruturante da sua reprodução material e simbólica das relações sociais.

O Brasil perpetua as relações sociais de um “grande latifúndio escravagista, este é um princípio de dualidade ontológica” (SAFATLE, 2020). Há uma separação entre aqueles que podem alcançar a condição de humanos, corpos que importam e os subcidadãos, aqueles matáveis, corpos objetualizados, em outras palavras, aqueles que podem acessar a Casa Grande e aqueles que são números que morrem cotidianamente na senzala.

Portanto, a Violência de Estado é constituinte da formação nacional brasileira, o nosso *modus operandi* é a *plantation*, é a colonialidade: “Nunca entenderemos a história do Brasil se não compreendermos os tipos de violência que funda seu Estado. Pois entender como o Estado brasileiro funciona é entender como ele administra o desaparecimento e o direito de matar.” (SAFATLE, 2017).

Não é possível analisarmos a aberração que é a nossa desigualdade social desvinculada de uma perspectiva histórica do nosso passado colonial. Assim sendo, é preciso olhar para nossa formação social com o cuidado de reparar que o Brasil sempre foi um Necro-Estado, tendo como principal função a organização da morte, visando a manutenção dessa estrutura de contínua degradação da vida da maioria da população negra (MBEMBE, 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde de 08 de maio de 2020, 50 % das pessoas que morrem de Covid-19 no Brasil são negras. Assim sendo, o Covid-19 funciona como um analisador da nossa sociedade na medida que ele retrata as suas estruturas institucionais nas desigualdades raciais por ela produzida e mantida. Analisadores institucionais são acontecimentos que irrompem o campo, catalisadores de fluxo que produzem análise, decompondo as linhas discursivas da dinâmica institucional.

O Aquilombamento da Rede Sul é uma proposta de trabalho nas Margens, fazendo referência ao coletivo Margens Clínicas, de psicologxs e psicanalistas que atuam no enfrentamento à Violência de Estado, desde 2013.

Frente à pandemia do Coronavírus, os encontros presenciais do Aquilombamento da rede Sul foram readequados para o formato online e incluímos discussões sobre os efeitos do Covid-19 nos serviços. A nova proposta dos encontros era abrir uma conversa sobre o contexto dos serviços, dos territórios, das redes e do cuidado das equipes.

Nesta perspectiva, o funcionamento de cada serviço, sem uma diretriz, evidenciou o desamparo e a exposição dos trabalhadores, frente não só ao Covid 19, mas às situações onde exige-se deles serem linha de frente, sem haver uma retaguarda. Essa é uma questão já conhecida, porém que toma proporções de vida quando escutamos na sua concretude, por exemplo, em serviços que não possuem máscaras, jalecos, etc, deixando não só o trabalhador vulnerável, como possibilitando que ele seja um vetor de contágio.

O Aquilombamento, enquanto dispositivo clínico, visa trabalhar na emergência dos analisadores:

Aquilombar-se, enquanto princípio, é resistir em busca libertária, abolicionista e antirracista, valorizando os aspectos territoriais e culturais da população que predominantemente tem sido vitimada à lógica manicomial: a população negra. Esta é vítima

diuturna de um estado que busca lhe fazer anônima, indigente, presa, morta e, acima de tudo, medicalizada. Aquilombar-se é sobre agir politicamente de um modo equitativo e singular, uma vez que a população negra é maioria neste país e maciçamente usuária do SUS. (DAVID, 2018, p. 122)

Há um quilombo em nós, ele não é geográfico, é cartográfico, isto é, trata-se de uma dimensão afetiva-diaspórica, o afeto enquanto uma avaliação, uma perspectiva ética. Portanto, o quilombo se torna uma zona de passagem onde encontramos o comum, afirmando as linhas de singularização de cada um, é a razão afirmativa das diferenças que entram em composição.²

Nesta perspectiva, a gramática e o léxico da vivência das fronteiras interseccionais de raça, gênero, classe, orientação sexual, possibilitam a experiência da subjetividade fora do sujeito, ou melhor, a passagem do devir (aquilo que esta “fora dos dois, e que corre em outra direção” [DELEUZE & PARNET, 1998, p. 15]), permite o deslocamento de si, descolamento do processo de subalternização.

Já é sabido que o racismo produz sofrimento psíquico e deixa marcas na trajetória da população negra, desde a abolição, entretanto apostamos que é possível produzir encontros, redes de potência a partir de posicionamentos antirracistas.

Os quilombos foram os primeiros territórios de liberdade, nesse sentido, a proposta de Aquilombamento do Caps é de um dispositivo clínico que visa a criação de linhas de fuga de tudo que nos coloca no lugar da “impotência”, ou seja, a paralisação frente à angústia do horror da Violência de Estado, para em-potência, um cuidado com o horizonte desejante, a partir da perspectiva libertária da luta antimanicomial e da desinstitucionalização dos racismos estruturantes em nossa sociedade.

A população negra é a grande maioria dos usuários do SUS, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) essa realidade não é diferente. A ausência da discussão racial na área de Saúde Mental acaba sendo iatrogênica, pois mantém as desigualdades raciais e descaracterizando os usuários, acabando por produzir, alimentar e/ou reproduzir o racismo institucional.

O trabalho de Aquilombamento engloba necessariamente a atuação na dimensão subjetiva e, sendo o Caps o local articulador da política de saúde mental nos territórios periféricos, ele poderia realizar ações voltadas

ao enfrentamento, à dimensão da Violência de Estado presente nas políticas públicas de saúde mental.

Neste sentido, são necessárias ações como:

- a racialização do Projeto Terapêutico Singular;
- capacitação dos profissionais do administrativo para que eles possam perguntar na recepção sobre a raça/cor dos usuários (Qual a sua cor? - Como você se vê?);
- a afrobetização de todos os profissionais da saúde mental, para que façam a leitura de cenas do racismo estrutural cotidiano.

Por outra via, tendo em vista que uma das principais queixas dos serviços de saúde mental é a dificuldade de tecer redes, o Aquilombamento permite a construção de redes a partir da perspectiva da diferença, uma vez que toda tessitura de rede se dá de forma singular.

Nesse sentido, Aquilombamento não é um retorno à tradição, pois isso significaria perder a noção de singularidade. É preciso um pensamento de fronteira, de limiar, de atravessamentos para se entender esse conceito, visto que ele vai contra a inscrição de limites, muros (DAVID, 2018).

Como existir no racismo estrutural? Como agir frente às contínuas tentativas de aniquilamento da diferença existencial? A partir de um trabalho feito de soma de detalhes para produzir um espaço em que a diferença possa existir, um espaço a partir da perspectiva singular.

Diante do agravamento epidemiológico do Covid-19, é preciso pensar em formas de organização coletivas nos serviços que protejam os usuários e profissionais da saúde, sem que isso implique uma maior vulnerabilização, compartilhando como estão sendo criadas estratégias de resistência frente à angústia da impotência.

aquilombar-se um resgate dos saberes tradicionais; a descolonização das práticas terapêuticas; o trazer para o contexto da reforma psiquiátrica as teorias e os ensinamentos africanos e diaspóricos da América Latina e do Caribe, combatendo o epistemicídio; a (re)significação e a nomeação das práticas terapêuticas de modo racializado, entendendo que elas servem para diversas singularidades; a aproximação dos serviços de saúde aos movimentos e coletivos que visem a equidade racial (a exemplo da Rede Nacional de Religiões AfroBrasileiras e Saúde (RENAFRO) (DAVID, 2018, p. 122).

O Aquilombamento é uma perspectiva ética de resistência, de profusão de saberes originários, logo, é preciso pensar: do que precisaremos abrir mão para liberar a radical capacidade criativa da imaginação e dela obtermos o que for necessário para a tarefa de pensar o mundo de outra maneira? (SILVA, 2019)

O Covid – 19 promoveu um novo lançar dos dados, o futuro se encontra em disputa, esse ensaio propõe o Aquilombamento enquanto criação de zonas comuns afirmativas, onde a vida experimenta as intensidades de maneira libertária, se isto não está dado, parece um motivo a mais para enfrentarmos e conseguirmos respirar, parafraseando Foucault, é necessário construirmos um pouco de possível, senão sufocamos.

Fernando Virgilio, presente!

Referências bibliográficas

DAVID, E. C. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

DELEUZE, G., PARNET, C. Diálogos. Tradução de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

MBEMBE, A. Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte; traduzido por Renata Santini. São Paulo: n-1 edições, 2018.

SAFATLE, V. Bem-vindo ao estado suicidário. São Paulo: n – 1, 2020.

_____. Governar é fazer desaparecer. Revista Cult. São Paulo. n. 225, jul/2017. Disponível online: revistacult.uol.com.br/home/vladimir-safatle-governar-e-fazer-desaparecer/

SILVA, D. F. A Dívida Impagável, São Paulo, 2019.

Por uma rede de saúde mental negra

Kwame Yonatan Poli dos Santos¹
Guilherme Augusto Souza Prado²

Apresentação: sobre saúde e raça no Brasil

Como o campo da Saúde Coletiva pode contribuir para a construção de uma política de saúde mental da população negra?

Frequentemente, o debate acerca do cuidado nos serviços públicos de saúde e saúde mental é povoado por uma visão ancorada no biologicismo, sem que se saiba com qual vida – suas condições coletivas e individuais de realização social, política, econômica e de produção de sentido – trabalhamos. Não raro, as intervenções são organizadas por um princípio de combate à doença e têm como horizonte ético a manutenção da vida individual e o restabelecimento da capacidade laboral (Donnangelo & Pereira 1976), passando ao largo das singularidades do sujeito que padece na concretude do cotidiano e que devem orientar a assistência qualificada em saúde (Brasil, 2004).

Neste âmbito, destacamos a importância de superarmos a noção de sujeito que orienta das práticas em saúde que toma o usuário dos serviços como um indivíduo sem corpo, sem história e sem desejo, esvaziado de sentido e reduzido a funções orgânicas, a fim de fazermos cumprir o princípio da integralidade na assistência em saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública nascida na

¹ Doutorando da PUC-SP.

² Professor adjunto da UFPI.

Constituição de 1988. Fruto de reivindicações de diversos movimentos sociais, é uma conquista popular que tem três princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade. Deteremo-nos nesse último princípio.

Integralidade é o princípio do SUS que preza pela conjugação de ações direcionadas à materialização da saúde como direito e serviço. Ou seja, o SUS deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, construir e atender as demandas de necessidade desta pessoa.

Toda a constituição do SUS, enquanto política pública, pauta-se na lógica democrática, de maneira que o sistema esteja e seja voltado àqueles que ele atende. Destarte, enquanto serviço público, vale ressaltar que o SUS não encarna o contrário do privado – tal simetria é inadequada, visto que os sistemas público e privado de saúde não tratam do mesmo objeto. Serviços privados visam ao lucro, ao passo que o SUS objetiva a invenção do público. Mas no que consiste o público? Ou ainda, qual a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público?

No fundamento de certa via que se tornou hegemônica no campo da saúde, reside uma concepção descorporificada dos sujeitos, de modo que esses seriam sem gênero, cor, sexualidade, desejo, história (Haraway, 1995). Nesse sentido, a criação do público do SUS não se trata de uma mudança do público-alvo, mas de uma necessária reorientação das ações em Saúde Coletiva de modo a produzir a integralidade daqueles e para aqueles que a acessam (David, 2018).

O último dado do IBGE (2010) indica que mais de 50% da população do Brasil é negra e quase 80% da população brasileira que depende SUS se autodeclara negra (preta e parda)³. O que nos conduz a algumas indagações básicas: tal informação é levada em consideração na construção das políticas de Saúde Coletiva? Ou será que tal dado é irrelevante, uma vez que seríamos todos iguais?

O Brasil possui uma tradição colonial-escravocrata que atravessa o campo social na sua totalidade e é possível visualizar os efeitos dessa marca em todos os indicadores de saúde que comparam a população negra e a branca, tais como: longevidade, mortalidade infantil, mortalidade materna,

etc., (Rocha, 2016; Zamora, 2012). Longe de serem dados isolados, eles denotam a existência do racismo estrutural:

Bom exemplo é a construção:
pense em paredes de uma residência,
tijolos formam a estrutura com concreto,
arquitetura tem formato e aparência.
Sociedade é construção
e racismo é o cimento,
componente estrutural,
formador fundamental
do interior e do acabamento (...)
Tem que haver desconstrução,
Porque tentar sugar cimento sem romper a estrutura.
É como por atadura em anos de adoecimento.
(Luciene Nascimento⁴)

A definição poética apresentada acima nos aproxima de uma compreensão sensível do que seria o racismo estrutural, um componente elementar da nossa sociedade que a atravessa nas suas mais variadas camadas.

Por exemplo, no campo da saúde mental, Jurandir Freire Costa (1976), em “A história da psiquiatria no Brasil”, faz uma arqueologia da constituição brasileira do campo da saúde mental. O autor aponta uma profunda e promíscua relação entre o pensamento eugênico e a instituição do campo da doença e da saúde mental no Brasil, de maneira a responder como governar e o que fazer com a população negra emergente da abolição da escravatura no Brasil?

Nesse campo de forças em que se constituiu a saúde mental no Brasil observa-se políticas para manutenção da subalternização generalizada da população negra, da consolidação das relações raciais desumanizadoras, ou seja, da estruturação do racismo.

A continuação do preconceito racial demonstra em nosso país a existência de um sistema social notavelmente racista que apresenta instrumentos que geram as desigualdades raciais na sociedade. Assim, o racismo, enquanto doutrina da supremacia racial, revela-se como a fonte

principal do preconceito racial. Já o conceito de discriminação racial se refere à ação de uma pessoa ou grupo de pessoas que se opõe a outra pessoa ou grupo de pessoas, tendo o preconceito como base.

Racismo se constitui como um instrumento ideológico resultante das estruturas que fundam a sociedade capitalista incorporando-se a todo tecido social, que tem por finalidade manter a hegemonia da raça branca. A invisibilização e a naturalização do racismo pode ser compreendida como desdobramento de uma cadeia de classificação, discriminação, hierarquização e opressão que se autorreproduz num ciclo perverso de difícil interrupção (Coelho & Arreguy, 2018).

No entanto, as lutas abolicionistas continuaram e nos dias atuais se revelam através de novas formas de resistências e busca por acesso a direitos e garantias sociais a diversos setores da sociedade (Munanga & Gomes, 2016). Neste cenário, o movimento negro se inscreve como um ator político voltado para questões referentes a diversas esferas da vida da população negra, dentre as quais, destacamos o campo da saúde, onde se evidencia menor acesso aos serviços por parte da população negra (Brasil, 2017).

No esforço de atrelar a integralidade a ações que incidem sobre as condições políticas, sociais e existenciais da produção de saúde e adoecimento da população negra é lançada, em 2007, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) enquanto estratégia de enfrentamento às iniquidades no acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) que assolam esta população.

Em linhas gerais, ela assume que o fator raça influencia nos processos de saúde, doença, cuidado e morte resultado do modo iníquo com que esta população vive em nossa sociedade e visa contribuir com o progresso das condições de saúde da população negra instituindo diretrizes, princípios e objetivos voltados para as especificidades deste segmento.

A história da população negra no Brasil é marcada por processos socioeconômicos e culturais injustos levando à discriminação das diferenças que afeta os modos de nascer, viver e adoecer desta população. Surge assim a necessidade de debruçar-se na análise do lugar destes sujeitos na sociedade, os modos de vida e saúde dos mesmos para entender de que forma as desigualdades e o racismo refletem na vida deste grupo, buscando contribuir com a melhoria das condições de saúde através do desenvolvimento de práticas que contemplem as necessidades deste

segmento.

A PNSIPN (Brasil, 2007) é fruto de reivindicações do movimento negro e se constitui como uma ferramenta de luta pela inclusão social da população negra e superação do racismo na sociedade brasileira. Pois

o racismo não é uma simples tecedura de preconceitos aberrantes, nem uma confabulação ideológica descartável, tampouco uma realidade oportunista surgida há pouco, e muito menos uma “doença”. Se trata de uma estrutura de origem histórica que desempenha funções benéficas para um grupo, que por meio dele constrói e mantém o poder hegemônico com relação ao restante da sociedade. Esse grupo instrumentaliza o racismo através das instituições e organiza, por meio do imaginário social, uma teia de práticas de exclusão. Desse modo, preserva e amplia os privilégios sociais, o poder político e a supremacia total adquiridos historicamente e transferidos de geração a geração (MOORE, 2015)

Sendo a população negra alvo do racismo que é estruturante da nossa sociedade, funcionando em uma dialética que exclui incluindo e inclui excluindo; ou ainda, nos termos de nosso debate, ao mesmo tempo que supõe que tenha acesso à saúde pública não reconhece, e tampouco incorpora ou toma providências acerca da diversidade racial e acaba por reproduzir as desigualdades, motores e condicionantes do adoecimento psíquico da população negra.

Portanto, podemos afirmar que não somos iguais e que desconsiderar as diferenças raciais construídas historicamente tem significado a reprodução dessa desigualdade e, conseqüentemente, produção adoecimento e morte.

Desse modo, nosso trabalho discute a necessidade de uma saúde outra, especificamente, no campo da saúde mental, visto que o racismo atua, primeiramente no campo do sensível, produzindo sofrimento psíquico e limitando as possibilidades de produção dos modos de existência.

Para tal, como inicialmente posto, explicitaremos o conceito de integralidade na saúde mental, em seguida, discutiremos o racismo como estruturante das relações em sua intersecção com a saúde mental, para, por fim, pensamos as bases do que seria uma rede de saúde mental da população negra.

A integralidade no campo da Saúde Mental

Na epistemologia da medicina ocidental, fundamento da assistência em saúde, Canguilhem (2005, 2012) traz pontos de inflexão importantes. Dentre eles, o embate basal entre o apelo ao experimento de uma medicina da sociedade industrial – presa ao paradoxo do seu próprio desenvolvimento: se sua prática obedece ao positivismo da aplicação de um conhecimento científico pré-estabelecido, não há qualquer evolução ou obtenção de conhecimento advindo da técnica – e a uma tradição hipocrática da medicina. Partindo desta última, podemos retirar uma concepção não-mecanicista de organismo na qual ele “é caracterizado pela presença constante e pela influência permanente de todas as suas partes em cada uma delas” (Canguilhem, 2005, p. 77), pois ele só pode viver na persistência de uma totalidade integrada, isto é, na capacidade de integração das partes e mecanismos com a disposição de autorregulação e autoconservação.

De um lado, a medicina dos índices, dos marcadores objetivos, fundamento de uma ciência das doenças. De outro lado, há uma arte da clínica, uma arte da cura que vem da tradição hipocrática e que se vê atualizada no arcabouço assistencial assentado na noção de cuidado. Neste âmbito, alguns autores do campo da saúde coletiva como Costa-Rosa (2013) e Ayres (2004), trabalham o cuidado em saúde mental e em Saúde Coletiva desde a via fenomenológica-existencial com a noção de *sorge*.

Advinda da matriz heideggeriana, esta noção – traduzida como cuidado, mas também como cura ou preocupação – aparece como o cuidar daquilo que se perfaz e se desfaz com o tempo que merece nosso contínuo cuidado. Assim, o inevitável sofrimento e degradação da vida concreta ou a desintegração das capacidades de autorregulação e autoconservação são causa e objeto de constante cuidado.

Com esta observação, compreendemos que a noção de continuidade é fundamental ao sentido do cuidado implicado no princípio de integralidade da assistência a saúde (Pinheiro, 2001). A abordagem integral surge como alternativa nas últimas décadas, rivalizando com certa acepção positivista hegemônica do campo da saúde assentado na diagnose – através de índices biológicos ou funcionais, obtidos através de exames ou experimentos, os quais escapam ao sujeito – e na prescrição insumos e procedimentos curativos. Tal abordagem positivista se sintetiza ao colocar a doença como centro da construção da racionalidade das práticas de saúde.

Além disso, no que diz respeito ao sofrimento que fundamenta a prática clínica, uma arte do cuidado e do cuidado continuado, Canguilhem (2012, p.169) salienta que “a vida humana pode ter um sentido biológico, um sentido social, um sentido existencial. Todos esses sentidos podem ser indiferentemente retidos na apreciação das modificações que a doença inflige ao vivente humano”. Assim, deslocando a concepção de saúde centrada na doença (na caracterização e no combate desta) temos um reposicionamento progressivo em direção ao que se considera como abordagem integral dos processos de saúde e adoecimento, onde há de se questionar os sentidos de tal integralidade.

De um lado, temos uma racionalidade autoritária assentada na ideologia do especialismo médico, onde os profissionais em saúde são como engenheiros de um organismo decomposto mecanicamente como uma autômato avariado que requer única ou privilegiadamente como objetivo, procedimentos curativos de restituição a um estado anterior ao padecimento ou superior em capacidade laboral.

Por outro, na redefinição do campo, das estratégias e práticas de saúde mental, Tenório (2001) destaca a atenção integral junto a cidadania, território, responsabilidade como elementos norteadores da atividade dos profissionais de saúde, que visa produzir cuidado, autonomia e escuta. Destarte, o termo polissêmico e polifônico da integralidade (Pinheiro & Guizardi, 2004) se constitui e fundamenta a atuação em saúde através da intersecção de vários campos de saber, visando a redefinição do objeto e das práticas que passam da doença ao sujeito.

Sob o prisma da integralidade, a saúde se furta ao lugar dúbio de exercício liberal e privado das profissões médicas e paramédicas e de normalização dos trabalhadores (Donnangelo & Pereira, 1976) para adquirir um status diferenciado, comprometido com a democratização dos bens públicos. Com efeito, a integralidade se desdobra numa ampla gama de ações sociais fundamentadas não no especialismo fragmentado do saber médico, mas na interação democrática dos diversos atores individuais e coletivos implicados no processo saúde-doença articulando as demandas e ofertas de cuidados (Pinheiro, 2001, p. 65).

No campo da saúde mental, a abordagem integral visa a construção de ferramentas e práticas capazes de compreender os nexos constituintes da construção das demandas (Guljor & Pinheiro, 2007). Aqui, é menos importante a natureza e características das doenças a serem eliminadas,

pois a pergunta-chave é: o que está em causa na existência-sofrimento do sujeito em questão? Assumindo a perspectiva da existência-sofrimento (cf. Amarante, 1995; Costa-Rosa, 2013; Rotelli, 2001), a integralidade busca compreender de que forma cada pessoa expressa suas demandas e de que modo são respondidas (ou não) nas distintas instituições de saúde mental.

Com isto, o sentido biológico da vida, conformado segundo tais mecanismos de autorregulação, é inevitavelmente perpassado pelo sentido social e existencial inerentes ao viver. A dinâmica vívida da saúde e do padecimento (Prado, 2013) nos permite qualificar a demanda em saúde como uma construção social, pautada nas reivindicações daqueles que sofrem, dos usuários do SUS, e estruturada por uma miríade de concepções – do olhar técnico à vivência da experiência de sofrimento trazida pelo olhar leigo.

Logo, toda resposta aos processos de sofrimento e construção das demandas deve se tornar um momento de acompanhamento e um espaço da escuta do usuário com referência à consideração de sua voz (através dos distintos canais e instrumentos, nas diferentes formas de expressão), como parte do processo de cuidado desde a qual se condiciona a integração dos sentidos político e social do padecimento e da produção de saúde.

1. As interseccionalidades na Saúde mental da população negra: história, corpo e desejo

O debate em saúde mental reatualiza uma disputa sobre concepções de subjetividade. Por exemplo, existe uma concepção de subjetividade derivada das neurociências que se coloca como objetiva, neutra de um sujeito cerebral (Ehrenberg, 2009), com as emoções reduzidas às funções neuroquímicas, uma subjetividade metafísica comportamentalista. Por outro lado, aos sujeitos corporificados, identificados por nosso gênero, nossa cor, nossa sexualidade, “não se permite não ter um corpo, um ponto de vista finito e, portanto, um viés desqualificador e poluidor em qualquer discussão relevante”. (Haraway, 1995, p. 7).

Assim sendo, é importante resgatar o debate que coloca o conceito de saúde mental na esfera política, retirando-o unicamente do âmbito médico-biológico para abordarmos a questão em termos de integralidade, conjugando ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço. Isso significa que as políticas públicas e os profissionais devem estar preparadas para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu

contexto social e, a partir daí, auxiliar na construção da demanda e das respostas técnicas desta pessoa.

Tal mudança de perspectiva institucional requer um deslocamento das funções dos serviços (que não raro se restringem a cumprir suas próprias demandas em termos de produtividade) e do próprio conhecimento (frequentemente interessado na reificação de seu lugar de poder, na comprovação de seus ideais e aplicação genérica de procedimentos pré-estipulados). Logo, é preciso pensar o que significa o atravessamento interseccional gênero, raça, classe e sexualidades em saúde mental.

Numa crítica reflexiva acerca da organização política e das práticas que geram desigualdades injustas, dominação e opressão que estimulam a busca por um projeto de ciência capaz de explicações mais ricas e adequadas do mundo, de como viver bem nele e em nossas correlações: “quem não teria crescido torto? Gênero, raça, até o próprio mundo – tudo aparece apenas o efeito da distorção da velocidade no jogo dos significantes num campo de forças cósmicas” (Haraway, 1995, p. 10).

Na esteira do pensamento de Foucault (2005), salientamos que não há nada externo ao poder ou fora dele. No caso de nossa sociedade sistematicamente racista, “nada, nem ninguém está fora do sistema. Provavelmente, porque o sistema não tem um dentro e um fora. A questão é saber como funcionamos nele e como ele funciona em nós” (Souza, 1983, p. 81).

Posto isto, podemos considerar que a PNSIPN – fundamentada nos princípios constitucionais que consideram a cidadania e dignidade, manifestam repulsa ativa ao racismo e defendem a igualdade – expressa a modernização do SUS, no enfrentamento de desafios e problemas derivados da sua efetivação e maturação enquanto política pública.

Assume-se que a determinação social da saúde e do adoecimento é ocasionada por fatores como modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. Portanto, se faz importante afirmar que “o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde” (Brasil, 2017, p.23). Pois com a PNSIPN podemos articular as iniquidades da vida social da população negra com a saúde mental e os processos de subjetivação de negras e negros no Brasil a fim de angariar estratégias concretas de resposta ao adoecimento deste segmento.

A iniquidade no âmbito da saúde se relaciona às desigualdades

evitáveis e injustas (Almeida Filho, 2011) como as vividas pela população negra: precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, além dos altos índices de violência e encarceramento (Brasil, 2016). Perante tal panorama, a PNSIPN busca romper com o processo de invisibilidade e superar as desigualdades raciais em seus aspectos concernentes ao âmbito da saúde, reconhecendo que este grupo apresenta necessidades concretas que precisam ser consideradas (Faustino, 2012).

Destarte, as iniquidades condicionam os processos saúde-doença inseparáveis dos fatores socioeconômicos e culturais que atingem a integridade física e psicológica, individual e coletiva. Logo, percebemos que o contexto histórico de inserção social da população negra, desde onde são compreendidas as condições de moradia, renda, saúde, localização geográfica e autoconceito positivo ou negativo, é uma dimensão fundamental para problematizarmos as desiguais e desfavoráveis condições de acesso a direitos e oportunidades, assim como a bens e serviços e de saúde por este grupo populacional (Jaccoud, 2008).

Tais aspectos interferem significativamente no quadro epidemiológico desta população, evidenciando iniquidades e vulnerabilidades no acesso às condições que promovem a saúde (Brasil, 2016).

Destarte, para pautar práticas de saúde comprometidas com a transformação social necessária à modificação das condições de vida, trabalho, saúde e adoecimento da população negra, é imprescindível recuperar o itinerário histórico que delimita e estrutura o lugar social e político das pessoas negras no Brasil. A própria construção da PNSIPN é resultado da luta histórica pela democratização da saúde encampada pelos movimentos sociais, em especial pelo movimento negro (Alonso, 2014).

A Saúde Coletiva é um campo complexo que articula as ciências humanas às da saúde, tomando-as correlativamente como objeto de debate e transformação que ao mesmo tempo em que não podem oferecer uma verdade absoluta, pronta e acabada, são propostas de entendimento profundo do mundo, das suas relações, suas narrativas e relações de poder e sofrimento. Por isso, ela aparece como eixo articulador de uma série de saberes díspares e não necessariamente conciliáveis em uma abordagem complexa e transdisciplinar, voltada para a corporeidade e o desejo, para interrelações entre individual e social e os processos de subjetivação (Cruz; Monteiro, 2016)

Corpo e História

Tendo em vista que o imaginário sobre a população negra foi constituída a partir da projeção desumanizante por parte da branquitude, como um Outro, (Kilomba, 2019), logo, o negro se constitui como indivíduo sem direitos, pois seu estatuto não era de sujeito, mas sim de objeto.

Dessa forma, encontrava-se isolado e distante do corpo social, via única de acesso ao que lhe possibilitaria se tornar indivíduo (Nogueira, 1998). O negro se encontra enclausurado numa objetividade que, sobretudo, restringe qualquer possibilidade de existência a não ser aquela imposta pela sociedade colonizada (Fanon, 2008).

O período pós-abolição consolidou as relações raciais dentro da lógica escravocrata, inviabilizando a inserção da população negra no mercado de trabalho (Moura, 2013). O negro escravizado, por representar um peso à estrutura social, foi relegado a ocupar os espaços de grande risco a vulnerabilidades, processo este que deu origem às grandes periferias. Nessas condições, as pessoas negras passaram a ser categorizadas como marginais, mendigos e prostitutas, representações sociais que perduram até os dias atuais (Nogueira, 1998).

Assim, diferentemente do igualitarismo supostamente esperado com a abolição da escravatura, o processo histórico em que a população negra foi sujeitada desencadeou consequências significativas na vida desta população, que não pode ser integrada à sociedade brasileira. Além disso, o período pós-abolição deu cabo a um complexo desenvolvimento da desigualdade social e ao racismo, que se evidencia na história de vida social, cultural e econômica desses indivíduos até os dias atuais.

A população negra apresenta os menores salários e, como dito anteriormente, enfrentam significativas dificuldades para ingressar nas universidades e para acessar um serviço de saúde pública que ofertem uma qualidade satisfatória, no que diz respeito ao modo como essas pessoas acessam e são recebidas no âmbito dos serviços de saúde, somado a como experienciam seus estados de saúde e bem-estar, representando um passo fundamental para promover a igualdade racial (Brasil, 2016).

Dessa forma, é notório a necessidade de se discutir a real integração da população negra na sociedade, de modo que seja proporcionado a esta população uma educação de qualidade, moradia, saúde dentre outras formas de inclusão social

Corpo

De acordo com a Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) em 2013, das pessoas que já se sentiram discriminadas no serviço de saúde, destacaram-se: as mulheres com 11,6%; as pessoas de cor preta 11,9% e parda 11,4%, e as pessoas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto com 11,8%. Conforme os dados notificados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do total de 1.583 mortes maternas em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (Brasil, 2017). As mulheres negras, pertencem ao grupo em que a mortalidade vem aumentando – 22% em dez anos – enquanto que para mulheres brancas nesse mesmo período a mortalidade diminuiu – 7,4% (Gomes, 2018).

Além deste fator que coloca a população negra e, especificamente, as mulheres negras, potencialmente em risco, o SIM do Ministério da Saúde, corroborando com o Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) em 2010, traz outro dado alarmante sobre a população negra. A taxa de homicídios de negros no Brasil é de 36 mortes por 100 mil negros, enquanto a mesma medida para não negros é de 15,2 por 100 mil. No ano de 2012, de 56 mil pessoas assassinadas no Brasil, destas, 30 mil são jovens entre 15 a 29 anos e, desse total, 77% são negros. Calcula-se que morrem mais de 1.900 de jovens negros por mês. Ou seja, 64 a cada dia, quase 3 a cada hora, ou aproximadamente 1 homicídio a cada 20 minutos atingindo jovens negros do sexo masculino, principalmente moradores das periferias e áreas metropolitanas dos centros urbanos (Brasil, 2017).

A classificação pela cor da pele persiste no imaginário coletivo. Porém, além da cor da pele, outros critérios fenotípicos como: o formato do nariz, dos lábios, do queixo e do crânio, foi acrescentado a referida classificação de raça. Vale salientar que os critérios de classificações que diferenciavam as raças, também começaram a considerar aspectos psicológicos, morais, intelectuais e culturais. Por esse viés, os indivíduos da raça branca se encontravam superiores às demais raças, principalmente a mais escura – considerada a mais estúpida, a menos honesta, a menos inteligente, sendo assim a mais sujeita à dominação (Munanga, 2004).

Conforme Munanga (2004), o racismo se configura pela ideia de que existe uma diferença interligada a características qualitativas que justificam a inferioridade do negro em relação ao branco. A definição do racismo parte da crença na existência de raças naturalmente hierarquizadas, em que considera que características intelectuais e morais estão estreitamente

ligadas a características físicas ou biológicas.

Deste ponto de vista, é possível evidenciar a exploração de uma raça sob a outra, de modo que qualquer produção do grupo inferiorizado é ratificada por consequências naturais de suas condições biológicas abrindo espaço para a desigualdade socio-racial. Corroborando tal ponto de vista, Nascimento (2017, p.18) traz que

(...) no Brasil, assim como em outros países, a invisibilidade, submissão e domínios raciais são assegurados com a finalidade de inferiorizar a figura do negro no país, aniquilando o seu corpo, a sua saúde física e psíquica, assim como tornando os seus movimentos culturais étnicos e as suas produções indesejadas, quando praticadas pelo negro.

Desejo

Estamos discorrendo, fundamentalmente, sobre processos de subjetivação, de produção desejanter (Deleuze; Guattari, 2011), deste modo, observamos uma dinâmica inconsciente que atrela à dimensão cultural das regras, hábitos e formas de pensar de uma cultura em particular com as relações de poder nela e desde ela organizadas e reproduzidas.

O desejo está longe de ser unicamente individualizável. Algo deseja em nós e através de nós, de modo que só é possível compreendê-lo no campo social, por meio dos agenciamentos coletivos que o produziram (Guattari, 1981). Por agenciamento coletivo de enunciação nos referimos à produção desajustante da própria natureza do desejo, ou como chamamos de invenção do público do SUS, o povo porvir, irreduzível a qualquer fundamento ou essência psicológica, social ou biologizante.

Se o racismo é um dado estruturante, como já foi dito, é porque ele atua, primeiramente, na diagonal imanente entre os sujeitos e o social, na dimensão estética de criação de possibilidades de existir, na política do desejo dos sujeitos: “uma política que se dirige tanto ao desejo do indivíduo quanto ao desejo que se manifesta no campo social mais amplo” (idem, p. 174). Nesse sentido, o desafio aqui colocado não é o de aperfeiçoar o já instituído SUS, mas como propor um novo exercício político do desejo, onde as diferenças raciais não sejam hierarquizáveis.

Afinal, política

é uma questão de mobilização dos afetos. Discursos circulam e levam os corpos a sentirem de uma determinada forma, a temerem certas situações. A política é a arte de afetar os corpos e levá-los a impulsionar certas ações. Devido a isso, nunca entenderemos nada da dinâmica dos fatos políticos se esquecermos sua dimensão afetiva. (Safatle, 2014).

O racismo atua como uma política referente a um modo de afetação dos corpos negros, na forma de sentirem, pensarem, imaginarem, sonharem e agirem no mundo, em outras palavras, o racismo age na e enquanto política de desejo. Portanto, quando propomos uma outra saúde, tal proposição passa necessariamente pelo campo sensível, visto que envolve corpo, história e desejo: história enquanto as marcações pelas teias que enredam nossa vida social e política; corpo como território existencial e afetivo de interlocução entre individual e social; e, por fim, desejo como produção de “saúdesubjetividade” ou “subjetividadesaúde5” (Costa-Rosa, 2011).

Conclusão

O princípio de integralidade já é, por si só, um enorme avanço no SUS, porém ainda não contempla diretamente a maior parte da população negra. A partir do aprofundamento deste é possível pensar em outras construções de saúde mental na Saúde Coletiva fora de uma igualdade que não reconheça as diferenças, ou a reduza a miséria; como diz Boaventura de Sousa Santos:

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. (SANTOS, 2003, P. 458)

É necessário recolocar o debate sobre saúde dentro da esfera política, retirando-a unicamente do âmbito médico-orgânico-biológico, isto, é dentro do âmbito da história, do corpo e do desejo. Só assim entenderemos a importância do debate de saúde mental da população negra fora unicamente dos determinantes biológicos e avançaremos no pensamento de saúde integral.

Portanto, quando falamos de saúde mental, do sofrimento psíquico causado pelo racismo, entendemos que no processo de lidarmos com o sofrimento psíquico, a saúde que devemos empreender é pautada pelo indivíduo que de fato adocece, pela capacidade normativa e de valoração que este pode estabelecer.

Trata-se enfim de produzir saúde, ou seja, de reorientar uma produção desejante que se dá no social. Não de uma saúde como um estado ideal; pois saúde não deve ser subordinada a fatores ou elementos exteriores àqueles que dizem respeito.

Nesse sentido, a integralidade se abre a processos em permanente movimento, sem um fim predeterminado, nem objetivo concluído, ou ótimo. Integralidade significa ação continuada, realizado continuamente em atividade de cuidado.

Uma política ancorada em práticas, práticas que se produzem no encontro com o outro. Logo, é preciso uma negritude fora da projeção branca (Kilomba, 2019), sendo necessário um reconhecimento do racismo como dado estruturante para assim se criar uma saúde outra, não Outra saúde para subalternidade mas para multiplicidade.

Referências bibliográficas

Ayres, J. R. (2004) O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, p.16-29.

Adorno, R.C.F., & Alvarenga, A.T.; Vasconcellos, M.P. (2004) Quesito cor no sistema de informação em saúde. *Estud. av.*, São Paulo, v. 18, n. 50.

Almeida Filho, N. de. (2011) *O que é saúde?* – 22.ed. – Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.

Alonso, A. (2014) *O abolicionismo como movimento social.* *Novos estud.* – CEBRAP no.100. São Paulo, novembro.

Araújo, M. V. R., (2015) *Movimento Negro e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: heterogeneidade e convergências.*

Brasil (2004). *Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* Ministério da Saúde, Brasília.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde (2005). *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade.* Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Funasa.

Brasil. Ministério da Saúde (2017). *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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. (2016)

Temático Saúde da População Negra / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. - Brasília: Ministério da Saúde.

Canguilhem, G. (2005) *Escritos sobre Medicina.* Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Canguilhem, G. (2012) O conhecimento da vida. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Coelho, M., & Arreguy, M. (2018) Naturalização da diferença enquanto raça: sintomas do racismo coletivo à luz da psicanálise. In: ARREGUY, M.; COELHO, M.; CABRAL, S. Racismo, Capitalismo e Subjetividade: leituras psicanalíticas e filosóficas. Niterói: EdUFF.

Costa-Rosa, A. (2011). Ética e clínica na Atenção Psicossocial: contribuições de Freud e Lacan, Revista Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.3, p.743-757.

Criola (2007a). Participação e Controle Social para Equidade em Saúde da População Negra. Rio de Janeiro, 2007.

Criola. (2010b) Saúde da População negra - Passa a Passo: defesa, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Rio de Janeiro.

Costa, J. F. (1976), História da Psiquiatria no Brasil – um corte ideológico, Rio de Janeiro, Editora Documentário.

Cruz, I. C. F. da; Monteiro, M. do C. S. (2016) As culturas negras no contexto do cuidado de saúde. Módulo: Saúde Integral da População Negra. UNASUS.

David, E. C.(2018) Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

Donnangelo MC, Pereira L. (1976) Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades.

Ehrenberg, A. (2009). O sujeito cerebral. Psicologia Clínica, 21(1), 187-213. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652009000100013>

Faustino, D. M. (2012) A equidade racial nas políticas de saúde. In: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; e LOPES, Fernanda (Orgs.).

Saúde da População Negra, Petrópolis-RJ.

Ferraz, D., & Kraiczyk J. (2017) Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. Revista de Psicologia da Unesp, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 70 - 82. ISSN 1984-9044. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/428>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

Guattari, F. (1981) Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. Tradução Suely Belinha Rolnik, Editora Brasiliense, São Paulo, São Paulo.

Guljor, A. P., & Pinheiro, R. (2007) Demandas por cuidado na desinstitucionalização: concepções e percepções dos trabalhadores sobre a construção de demanda e necessidades em saúde mental. In: P.; PINHEIRO, R. GULJOR, A. P.; GOMES, A.; MATTOS, R. A. (org.)

Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO.

Haraway, D. (1995) Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial, Cadernos Pagu.

Jaccoud, L. (2008) Racismo e República: o debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. in: THEODORO, M. (org.). As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Kilomba, G. (2019) 1968 – Memórias da plantação – Episódios de racismo cotidiano; Tradução Jess Oliveira, Rio de Janeiro, RJ.

Moore, C. apud Brum, E. (2015) Um negro em eterno exílio. El país (jornal), Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/08/31/opinion/1441035388_761260.html

Munanga, K. (2004) Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In BRANDÃO, A.A.P (Org.), Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira. Niterói, RJ: EDUFF.

Munanga, K., & Gomes, N. L. (2016) O negro no Brasil de hoje. - 2. ed.- São Paulo: Global.

Prado, G. A. S. (2013) A Voz do Silêncio: Inquietações entre arte e produção de sentido na ressignificação em saúde mental. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Pinheiro, R. (2001).As práticas no cotidiano na relação oferta e demanda nos serviços de saúde:um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R., & Mattos, R.A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO.

Pinheiro, R., & Mattos, R.A. (Org). (2001) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO.

Rocha, E. F. (2016) Negros, brancos e o grupo dos ricos: o outro lado da desigualdade racial brasileira. Revista Ciências Sociais Unisinos , v. 52, p. 182.

Safatle, V. (2014) Uma política dos afetos. Jornal Folha de São Paulo, São Paulo, São Paulo.

Santos B. S. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. In: Santos, BS org. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira; 2003.p.

Silva Junior., A.G., & Merhy, E.E., & Carvalho, L.C. (2003) Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, UERJ, IMS: ABRASCO.

Souza, N. S. (1983) Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Graal.

Zamora, M. H. (2012) Desigualdade racial, racismo e seus efeitos. Fractal, Rev. Psicol. [online]. 2012, vol.24, n.3, pp.563-578.

Colonialismo e os efeitos do sofrimento sociopolítico: aquilombamento como estratégia de organização

Priscilla Santos de Souza¹

O tema colonialismo e seus referentes despertam velhos e novos debates, sobretudo nas diferentes áreas de conhecimento acadêmico que, ao que parece, descobriram a pouco que o processo de colonização produziu consequências nefastas à sociedade.

O colonialismo, como forma de organização social, antecede o sistema capitalista. Historiadores como Fernando Novais (1969) definiram a colonização como “forma de ocupação e valorização de várias áreas [...] no caso do Brasil, ocupação, povoamento e valorização do espaço americano” (p.245). A expansão europeia no século XVI e o posterior acúmulo de capital primitivo, ponto de partida para o modo de produção capitalista. O tráfico negreiro, a espoliação dos recursos da colônia para a metrópole, permitem o desenvolvimento industrial europeu.

Parece óbvio, mas vale lembrar, que o Brasil passou por um longo processo de colonização e, dentro desse período, contamos quase 400 anos de escravização de negros e indígenas. Apesar da mudança do sistema escravagista para o sistema capitalista, as relações coloniais sobre a ocupação territorial e as formas de organização social permaneceram com seus traços onipresentes de diferentes modos.

A historiografia burguesa, dita oficial, diz que os negros foram passivos no período de escravização no Brasil, não tendo lugar algum como sujeito histórico do processo de libertação e fim da escravidão. Clóvis Moura,

¹ Psicanalista e doutoranda da USP.

em seu primeiro livro, *Rebeliões da Senzala* (1959), apresenta sua tese da rebeldia do povo negro, comprovando o caráter ativo desses em lutas e insurgências por todo país para conquista de sua emancipação. É preciso destacar que, o projeto de desvendar a verdadeira história de luta do povo negro, encontrou resistências até mesmo entre a intelectualidade branca, dita de esquerda. Caio Prado Júnior, por exemplo, tentou convencer o jovem Clóvis Moura a se dedicar a outros temas, alegando que eram pouco relevantes as pesquisas sobre as rebeliões escravas e a cultura negra.

Os principais espaços institucionais, organização política e entidades de pesquisas, cumpriram um papel ideológico de justificar a perpetuação anacrônica de práticas imperialistas e colonialistas. Dentre os mais bem-sucedidos projetos de construção da identidade e caráter inovador da interpretação sociológica de historiográfica da formação do Brasil, temos Gilberto Freyre, diretamente patrocinado pelo império. Intelectual reconhecido e de grande influência na consolidação da narrativa da história do Brasil e que muito contribuiu para consolidação de uma ideia – ou melhor, ideal – de que o Brasil gozava da democracia racial, encontrado em seu ‘clássico’ livro *Casa Grande e Senzala* de 1933.

Em consonância com as pesquisas eugenistas e as políticas de branqueamento e arianização do Brasil, o destino dado aos negros no Brasil se caracterizou pela não reparação pelos anos de escravização agravando a segregação e o controle social dos corpos negros. As políticas públicas de saúde foram maneiras eficazes de gestão do povo alijado. A vacinação obrigatória contra varíola, em 1904, foi um grande exemplo. Apesar da importante vitória no controle da doença, é de se destacar a arbitrariedade e o caráter militarista das primeiras ações de saúde pública. A despeito dos aspectos socioeconômicos e do impacto nas cidades do período pós assinatura da Lei Áurea, 1888, que expurgou a maior parte dos negros, antes escravizados e agora à margem da sociedade econômica, relegados ao trabalho informal e à moradia nas favelas, a lógica de controle social foi a escolhida para disparar o início das intervenções em saúde. Esse método seguirá tendo preferência quando se trata de pensar as políticas públicas do país para negros e pobres e em saúde mental não foi diferente. Em *Holocausto brasileiro* (2013), Daniela Arbex denuncia a violência dos manicômios no Brasil e, dentre a população mais afetadas, estavam as mulheres e a população negra. O extermínio e encarceramento dos indesejáveis é prática antiga. A fragilidade das políticas de saúde mental

e sua proximidade com a justiça e as políticas de segurança, na prática incorrem no encarceramento dos corpos e controle social, produzindo sofrimento psíquico dos sujeitos usuários dos serviços².

O racismo como herança colonial

Feito um primeiro resgate e localização histórica, é necessário pensarmos nos efeitos do racismo no sofrimento psíquico de negras e negros em um país marcadamente racista e desigual como o Brasil. Como é ser negro em uma cultura que desqualifica toda e qualquer aproximação com os traços de sua imagem? Quais os resultados da violência racial na construção subjetiva de negros e brancos no Brasil?

Algumas dessas perguntas certamente não serão respondidas em um texto, mas apontamos aqui algumas considerações relevantes para pensarmos a importância de analisar o racismo como elemento estrutural na formação e manutenção do sofrimento psíquico em pessoas negras.

Partimos da proposta em que o racismo (ontologia) é um elemento discursivo (subjetivo), sendo este a expressão oral e escrita que estabelece um significado ético e ideológico de hierarquização entre as distintas comunidades linguísticas, expressas materialmente enquanto raça ou povo. Destacamos também o elemento material (objetivo), que permitiu o surgimento da escravização e reprodução de bens passíveis de transmissão por gerações. Essa proposição implica dizer que um regime de exploração de classes só pode existir reproduzindo discursivamente o racismo. O que estamos afirmando é a impossibilidade da exploração de uma classe sobre a outra sem a existência de um discurso social racista dominante.

Neusa Santos Souza (1998) afirma:

O racismo é essa peste, olhar odioso que afeta o Outro, visada de ódio e intolerância àquilo que funda sua diferença. Ódio e intolerância ao Outro, o racismo é essa maneira funesta de pensar e agir, fruto de uma vontade totalitária em seu duplo afã de extirpar do Outro o seu modo de gozo e, ao mesmo tempo, de lhe impor o nosso (SOUZA, 1998, p. 163).

Para Frantz Fanon (2008) a desalienação do negro deve acontecer em dois âmbitos. Materialmente – considerando as estruturas econômicas e sociais – e psiquicamente, uma vez que é o colonizador quem possui

controle hegemônico sobre a cultura e as formas de reconhecimento sociais. Dentro desses aspectos, o autor destaca a constante tentativa do negro em se tornar branco, como ideal de uma sociedade que não reconhece no negro humanidade. Para o autor são várias as dimensões dos processos de identificação e reconhecimento que dependem diretamente da relação com o outro.

No processo do reconhecimento, o negro esbarra na condição de ter sua humanidade mediada por esse outro. Fanon (2008) irá nos alertar para a posição do branco na sociedade ocidental em se colocar como referência de “homem universal”, ou seja, ele tem é a orientação de toda e qualquer descrição de humanidade. Num mundo em que o critério de humanidade e universalidade é branco, a única possibilidade que eu tenho de me humanizar ou ser reconhecido como humano é o embranquecimento. “O branco incita-se a assumir a condição de ser humano” (Fanon, 2008, p. 27) e é assim que, para este autor, “a alienação do negro não é apenas uma questão individual.” (Fanon, 2008, p. 28). Em busca de um reconhecimento alienado – o de ser branco – o negro se afasta da possibilidade de poder reconhecer a si como diferente, motivo de profundo sofrimento.

Lélia Gonzalez (2018), antropóloga, intelectual brasileira, militante negra, influenciada pelos textos de Freud e Lacan, aponta em 1980 que o racismo e o sexismo são como um ‘duplo fenômeno’, afirmando que “o racismo se constitui como a sintomática que caracteriza a neurose cultural brasileira” (GONZALEZ, 2018, p. 191).

A antropóloga explica que:

Na medida em que é o lugar da rejeição, consciência se expressa como discurso dominante (ou efeitos desse discurso) numa dada cultura, ocultando memória, mediante imposição do que ela, consciência, afirma como a verdade. Mas a memória tem suas astúcias, seu jogo de cintura: por isso, ela fala através das mancadas do discurso da consciência (GONZALEZ, 2018, p. 194).

Essas “mancadas”, da linguagem revelam ideologias racistas ocultadas através da reprodução do discurso do mito da democracia racial e, conseqüentemente, da reprodução sistemática e estrutural dos laços sociais que se apresenta como racismo por denegação, como nos

apresenta a autora, um racismo disfarçado sob a afirmação ideológica da igualdade perante a lei, da democracia racial, da miscigenação. Efeitos da historiografia e dos discursos sobre a formação do povo brasileiro, da “cordialidade”, docilidade que quis se inscrever sobre a história dos povos nativos e da diáspora africana na América Latina. Essa falácia, que apresenta uma inexistente harmonia entre os povos e classes, gozando dos mesmos direitos e da mesma possibilidade de participação político-social, esconde a ideologia dominante de profunda hierarquia sócio racial e que permite a manutenção de uma lógica colonial de exploração e violência que se perpetua e, a todo custo, defende manter as estruturas como estão:

Racismo? No Brasil? Quem foi que disse? Isso é coisa de americano. Aqui não tem diferença porque todo mundo é brasileiro acima de tudo, graças a Deus. Preto aqui é bem tratado, tem o mesmo direito que a gente tem. Tanto é que, quando se esforça, ele sobe na vida como qualquer um. Conheço um que é médico. Educadíssimo, culto, elegante e com umas feições tão finas... nem parece que é preto (GONZALEZ, 2018, p. 194)

As marcas do sofrimento decorrentes do racismo são constantemente descritos por pacientes negras e negros, se referindo ao próprio corpo com desprezo, vergonha e hostilidade. Aspectos da violência cotidiana também são encontrados em relatos de medo e desconfiança, que por vezes são enquadrados em diagnósticos errôneos de paranoias, estruturas despersonalizantes e que desconsideram a realidade e historicidade das opressões, condições e posição da população negra na sociedade.

O aquilombamento como resistência e desorganização da ordem social

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios fundamentais a universalidade, a integralidade e a equidade. A universalidade caracteriza a saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado. A integralidade caracteriza-se pelo direito de atendimento de forma plena. A equidade tem como objetivo diminuir as diferenças sociais, caracterizado como o princípio de justiça social. Ou seja, qualquer pessoa, independente de raça, classe, gênero, nacionalidade tem direito às ações e serviços de saúde gratuitamente. Dentro do SUS encontramos a saúde mental, que

responde aos mesmos princípios. Como exercer esses princípios de forma rigorosa considerando as estruturas sociais racistas que atravessam a construção das políticas públicas no país?

Devemos considerar o que nos aponta Fanon (2008) sobre a necessidade em se tomar a proposta do homem universal na radicalidade. A recusa de um universalismo abstrato é a afirmação de um *humano universal*, que considere as particularidades e que inclua a mais radical das alteridades.

Para pôr um termo a esta situação neurótica, na qual sou obrigado a escolher uma solução insana, conflitante, alimentada por fantasmagorias, antagônica, desumana, enfim, –só tenho uma solução: passar por cima deste drama absurdo que os outros montaram ao redor de mim, afastar estes dois termos que são igualmente inaceitáveis e, através de uma particularidade humana, tender ao universal.(FANON, 2008, p.166)

Resgatando o contexto histórico apresentado na primeira parte do texto, destacamos a importância de compreender o papel no povo negro na formação social do Brasil. Moura (1959) afirma que os negros tinham diversas estratégias para lutar por liberdade. Organizavam grandes fugas, construíam grandes quilombos para viverem em comunidade, tendo sua própria organização política e econômica. Os escravos subverteram o sistema escravista, seja de maneira individual, fugindo para as matas, ou coletiva, através do aquilombamento. Os quilombolas se utilizavam do terror contra seus senhores, criando as condições para a fuga. Os escravos estiveram presentes em quase todos conflitos armados vividos durante o império, sempre em busca da promessa de liberdade. O termo aquilombamento é uma proposta de Moura de organização da população negra e não negra na luta contra o sistema e o racismo. O intelectual constatou que, ao contrário do que a historiografia hegemônica dizia, a organização dos quilombos foram imprescindíveis para desorganização do sistema escravagista e aniquilação da escravidão. O quilombo é palavra e prática de resistência e a junção da teoria e prática transformadora da realidade.

É preciso rever práticas, que sejam pensadas a partir de seus territórios, que considerem a posição dos sujeitos e as condições desse espelho às avessas que se impõe como norma para corpos e mentes. É trabalho de construção de novas referências e a possibilidade de habitar a própria casa, com reconhecimento da construção social e suas contradições. Para isso, é fundamental realizar uma crítica que chegue às raízes do sistema em que vivemos. Da cultura e da posição em que sujeitos são postos no laço social, que os limita, os avilta da humanidade. Escolher consequentemente as práticas e formas de saber fazer que possibilite uma escuta de reconhecimento de sofrimento e aposta na capacidade de reconstruções de subjetividades que sejam sacudidas das identidades fixadas e possibilitem uma universalidade insurgente, que coloquem os sujeitos como vítimas passivas, mas como agentes ativos – sujeitos históricos – de uma política que demanda liberdade para todos. Uma máxima que clama pela liberdade daqueles que não são como nós.

Referências bibliográficas

ARBEX, D. Holocausto Brasileiro. 4. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

FANON. F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA, 2008 (Trabalho original publicado em 1952).

GONZALEZ, L. A categoria Político-Cultural da Amefricanidade. In: _____. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. São Paulo: Diáspora Africana, 2018.

_____. A Mulher Negra na Sociedade Brasileira. In: _____. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. São Paulo: Diáspora Africana, 2018.

_____. A Questão Negra no Brasil. In: _____. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. São Paulo: Diáspora Africana, 2018.

_____. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. In: _____. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. São Paulo: Diáspora Africana, 2018.

MOURA, C. Rebeliões da Senzala. S. Paulo: Anita Garibaldi, 2014. Trabalho original de 1959.

MOURA, C. História do negro brasileiro. São Paulo: Ática, 1989.

NOVAIS, F. A. Colonização e sistema colonial: discussão de conceitos e perspectiva histórica. In: Simpósio nacional dos professores universitários de história, 4., 1967, Porto Alegre. Anais do IV Simpósio Nacional dos Professores Universitários de História. Colonização e migração. São Paulo: [FFCL]-USP, 1969, p. 243-268.

SOUZA, N. S. O estrangeiro: nossa condição. In.: Koltai, C. (Org). O estrangeiro. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

Saúde mental relações raciais e Covid-19

Kwame Yonatan Poli dos Santos
e Laura Lanari (orgs.)



Baobá
FUNDO PARA EQUIDADE RACIAL

MARGENS  CLÍNICAS