

A produção do cuidado em saúde mental: Uma perspectiva comunitária quilombista

The production of mental health care: A quilombist community perspective

Renata Guerda de Araújo Santos

Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

* guerdapsial@gmail.com

Recibido: 15-enero-2021

Aceptado: 17-junio-2021

RESUMO

Este artigo apresenta uma perspectiva comunitária quilombista sobre a produção do cuidado em saúde mental na atenção psicossocial. Trata-se de uma pesquisa etnográfica realizada na cidade de Juazeiro, Estado da Bahia (Brasil). O texto registra parte da história de uma mulher preta, nordestina e "louca". Através do relato etnográfico, construído a partir do diário de campo e de uma entrevista com uma usuária do Centro de Atenção Psicossocial, descreve um episódio que passa a marcar sua trajetória e move sua relação com o sofrimento e psiquiatrização da vida. Sob a marca do racismo, sua reivindicação em defesa da vida institucionaliza seu direito à maternidade em duas vias: a violência obstétrica e a produção da loucura. Considera-se que o racismo cria e define o sofrimento, a loucura e a morte das mulheres pretas. Neste contexto, em que raça, gênero e classe coordenam as linhas entre vida e morte, é fundamental que o cuidado e a articulação das redes possam incorporar o "quilombismo" como uma referência ética, estética, política e comunitária, capaz de constituir-se como estratégia para a atenção psicossocial.

Palavras chave: atenção psicossocial, quilombismo, racismo

ABSTRACT

This article presents a community quilombista perspective on the production of mental health care in psychosocial care. It is an ethnographic research conducted in the city of Juazeiro, State of Bahia (Brazil). The text registers part of the story of a black, northeastern and mentally ill woman. Through the ethnographic report, built from the field diary and an interview with a user of the Psychosocial Care Center, it describes an episode that marks her trajectory and moves her relationship with suffering and psychiatrization of life. Under the mark of racism, her claim in defense of life institutionalizes her right to maternity in two ways: obstetric violence and the production of madness. Racism is considered to create and define the suffering, madness, and death of black women. In this context, where race, gender, and class coordinate the lines between life and death, it is fundamental that care and articulation of networks can incorporate "quilombism" as an ethical, aesthetic, political, and community reference, capable of constituting itself as a strategy for psychosocial care.

Keywords: psychosocial care, quilombism, racism

Cómo citar este artículo: Santos, R. G. A. (2021). A produção do cuidado em saúde mental: Uma perspectiva comunitária quilombista. *Psicoperspectivas*, 20(2).

<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol20-issue2-fulltext-2206>



Publicado bajo licencia [Creative Commons Attribution International 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

O cuidado em Saúde Mental (SM) ainda é hegemonicamente branco. Quando digo isso, me refiro às clássicas noções da Psiquiatria e Psicologia, operadas a partir de modelos deterministas, naturalizantes, e sobretudo, racistas, as quais sustentam o cotidiano dos serviços de saúde. Lima (2018) considera que nenhuma análise sobre o cuidado em SM no Brasil pode ser produzida sem considerar o racismo como categoria constitutiva. Segundo Almeida (2019), o racismo é sempre estrutural, ele é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade.

As reflexões aqui apresentadas adotam como ponto de partida o campo da Saúde e das práticas de produção do cuidado em SM, em interface com os debates produzidos pelas intelectuais-ativistas brasileiras (Evaristo, 2005; Gonzalez, 1979a, 1979b; 1983; Carneiro, 2003; Werneck, 2016), como territórios epistêmico-metodológicos que me ajudam a posicionar-me politicamente frente às violências manicomializantes que atravessam as vidas de mulheres pretas e loucas. Este texto busca dialogar com as contribuições de intelectuais pretos, Nascimento A. (2009, 2016), Fanon (2008), Mbembe (2017, 2018) e Almeida (2019), para pensar as relações entre SM, racismo e necropolítica, como diagramas que organizam a produção da loucura, a medicalização da vida e a regulação da morte, os quais sustentam a endogenia das redes de AP no Brasil.

Utilizarei a expressão preta em vez de negra. Segundo Mbembe (2017), o conceito de negro designa uma subalternidade e uma ausência de humanidade, forjada no início da fase mercantilista do capitalismo. O termo negro foi conferido ao africano, demonstrando a sua exclusão e a sua invisibilidade, condições as quais sustentam o racismo no Brasil.

A partir de uma estética preta quilombista (Nascimento A., 2009), que reafirma a herança africana e busca um modelo brasileiro capaz de reforçar a identidade étnica como elemento central da produção de cuidado (Nascimento B., 1985), apresentarei alguns relatos etnográficos desenvolvidos a partir do encontro com Mãe D'água: Mulher. Preta. Nordestina. Periférica. Mãe. Louca. Mãe D'Água foi o nome fictício escolhido para acompanhar esses relatos e marcar o lugar de fala, presente no texto como voz viva e ativa. Sua reivindicação em defesa da vida, institucionaliza seu direito à maternidade, sob a marca do racismo, em duas vias: a violência obstétrica e a produção da loucura. A questão aqui, não é restituir um discurso sobre a maternidade, alinhando-o à hegemonia da cultura eurocêntrica, patriarcal e classista, mas questionar a invisibilidade da mulher e da maternidade preta, e discutir o racismo científico na Psiquiatria e a

necropolítica de uma organização social que legitima a morte de vidas pretas. Trata-se, portanto, de apresentar uma perspectiva emancipatória da maternidade preta e suas dores frente ao racismo.

Para me aproximar destas questões, o texto toma como ponto de partida os relatos produzidos a partir de um estudo etnográfico realizado na cidade de Juazeiro, Bahia (Brasil), no semiárido nordestino, onde, raça, gênero e classe, coordenam as linhas entre vida e morte (Almeida, 2019). O objetivo deste artigo é analisar os modos com os quais o racismo cria e define o sofrimento, a loucura e a morte das mulheres pretas, articulando com a necessidade de se construir ações quilombistas comunitárias para a produção do cuidado em SM, sintonizadas com o paradigma da Atenção Psicossocial (AP), que surge em contraponto ao paradigma psiquiátrico e que estende a dimensão assistencial em SM para o cuidado comunitário e para o desenvolvimento de uma clínica-política (Nn, 2021).

A saúde no Brasil: A carne mais barata do mercado é a da “Preta, mãe e louca”

A música cantada por Elza Soares (2002) diz: “Que vai de graça pro presídio. E para debaixo do plástico. E vai de graça pro subemprego. E pros hospitais psiquiátricos. A carne mais barata do mercado é a carne negra. Dizem por aí”. Subvertemos a poesia da canção que nos convoca a refletir o racismo estrutural no Brasil, e que autoriza cotidianamente a morte da população preta. Esse direito soberano de matar, apoiado pelo pensamento de inumanidade das vidas pretas que desenvolve formas de crueldade íntima, horrível e lenta, caracteriza a guerra necropolítica que opera supostamente a serviço da “civilização” (Mbembe, 2018).

Segundo Nunes (2010), a Psiquiatria brasileira nasceu em meados do século XIX, no seio da constituição de uma Medicina que incorporou a sociedade como novo objeto e se impôs como instância de controle social dos indivíduos e das populações. Um projeto que inscrevia no corpo social o ajustamento dos degenerados morais produzidos por médicos e moralistas, que formulavam todo tipo de intervenção para regular desejos e formas de vida compatíveis com o desenvolvimento do país.

A partir da segunda metade do século XIX, há uma expansão do número de teses e artigos médicos sobre alienação mental influenciados pelo trabalho do psiquiatra francês Jean Esquirol (1772-1840). Os estudos sobre a expansão da teoria da degeneração no Brasil estão ligados à questão racial e são uma discussão que vigora entre os anos de 1870 e 1930, e marcam a construção do pensamento brasileiro em diversas áreas, pois mesmo depois da “abolição da escravidão”, a

percepção de negros e mestiços como pouco evoluídos e inferiores foi acentuada e a questão da raça passou a ser ‘científica’, vista pelo ângulo da degeneração psíquica (Nunes, 2010).

O mito da raça branca, aperfeiçoado por uma tecnologia colonial, classista e patriarcal, foi consolidado a partir da tríade norma, disciplina e branqueamento. Neste processo de limpeza das raças, a eliminação dos indesejados e degenerados, e a permanência dos aptos, a sociedade brasileira utilizou várias estratégias. É importante considerar que a grande meta da Psiquiatria, dos eugenistas em geral, passou a ser a preocupação com a “constituição étnica do povo brasileiro”. A extensão da ideologia do embranquecimento movimentou, assim, toda a cena política e econômica do país. E o preto no país, passou a ser visto como raça inferior, preguiçosa, ociosa, indisciplinada e pouco inteligente (Oliveira, 2003). Percebida como desregrada, essa população era considerada ameaça à ordem social, e os discursos médicos ‘patologizavam’ seus hábitos, moralidade, religiosidade e reivindicações sociais (Engel, 1999).

Exterminar vidas pretas tornou-se um projeto direcionado para classe trabalhadora empobrecida, entretanto, para além das questões já apresentadas, houve no país, mais uma estratégia direcionada para as mulheres pretas, que foram os métodos contraceptivos hormonais e definitivos como a esterilização em massa, com a finalidade de diminuir o contingente populacional preto. Segundo hooks (2015, p. 207), as mulheres pretas estão em posição incomum na estrutura social, inferior a qualquer outro grupo e, conseqüentemente, suportam todo o peso da opressão machista, racista e classista.

A conjugação do racismo com o sexismo produziu no corpo das mulheres pretas uma espécie de asfixia social, com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida. Os efeitos desta conjugação são diversos e se manifestam com “danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima; numa expectativa de vida menor, em 5 anos, em relação a das mulheres brancas; num menor índice de nupcialidade; e sobretudo no confinamento nas ocupações de menor prestígio e remuneração” (Carneiro, 2000, p. 05).

Uma vez que o racismo performou tanto as epistemologias tradicionais, quanto contemporâneas, ele presentifica-se, por exemplo, na profunda diferença entre os grupos étnicos quanto aos indicadores de saúde e doença. De acordo com Cruz (2004), a taxa de mortalidade por transtornos mentais é de 3.29, enquanto nas mulheres brancas é de 1.92. Esta diferença numérica nos óbitos entre os grupos étnicos pode ser resultante de

diversos fatores, e, entre eles, de uma atenção racializada nos serviços de saúde.

Resultados de outros estudos que abordam as desigualdades na gestação e parto, mostraram que o risco de morte materna é maior entre as mulheres negras. Dentre as causas, estão as complicações da gestação ou do trabalho de parto, devido à falta de acesso ao cuidado pré-natal e/ou um cuidado pré-natal de baixa qualidade (Domingues, et al., 2013). O racismo estrutura a atenção à saúde da mulher, a partir da discriminação na assistência, seja na “peregrinação em busca de vaga hospitalar no momento do parto e menor utilização de analgesia para o parto” (Lansky, et al., 2019, p. 2820) ou ainda, em relação à precariedade da oferta de recursos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estes são elementos centrais, que configuram as desigualdades raciais no país, e que também devem ser considerados como violência obstétrica.

Estes dados também relacionam-se com a qualidade e a expectativa de vida das mulheres pretas, pois de um lado, aprofundam o mapa das desigualdades no Brasil e, por outro, situam o racismo não somente como um dos fatores que determinam o acesso ao cuidado em saúde, mas, como sendo ele mesmo estrutural nos processos de sofrimento e adoecimento dessas mulheres.

Nascimento (1980) problematiza que a elite dominante brasileira sempre desenvolveu esforços para evitar ou impedir que a mulher preta, após a chamada abolição, pudesse assumir suas raízes étnicas, históricas e culturais. Segundo o autor, nunca o sistema educativo brasileiro permitiu que, qualquer disciplina escolar, apresentasse apreço ou respeito às culturas, artes, línguas e religiões de origem africana. A imigração europeia e o projeto político das classes dominantes enfatizam sua intenção e ação, no sentido de arrancar a imagem da África como uma lembrança positiva de nação, de pátria, de terra nativa. O colonialismo autorizou, assim, a escravidão como tecnologia de dominação. Para Fanon (2008, p. 103), o racismo é a experiência concreta e estrutural que, nos limites de uma ontologia, define a experiência negra como irrealizável em uma sociedade colonizada e civilizada. Essa morte concreta e simbólica produzida, reforça o fato de que o conceito de raça é um elemento essencialmente político, sem qualquer sentido fora do âmbito socioantropológico (Almeida, 2019).

Para enfrentar estas questões ‘racializadas’ e as práticas racistas na SM no Brasil, é necessário enfrentar o mito da democracia racial, o imperativo da miscigenação e a ideia de cordialidade como elementos modeladores das relações sociorraciais, pois, neste país, o racismo é regra

e não exceção, e se expressa como desigualdade política, econômica e jurídica, e cria condições sociais para que, direta ou indiretamente, grupos racialmente identificados sejam discriminados de forma sistemática (Almeida, 2019; Lima, 2018).

As históricas abordagens universalistas clássicas da ciência moderna não são capazes de aproximar-se das especificidades de conhecimento que demandam as vidas das mulheres pretas e loucas. É necessário, no plano do cuidado em SM, de um lado, superar as fórmulas largamente produzidas e experimentadas pela Psiquiatria, pois, sendo ela mesma racista, classista, machista, heteropatriarcal e misógina, mantém em funcionamento todos os seus dispositivos operadores necropolíticos. E de outro, situar o lugar das mulheres pretas no enfrentamento dessas estruturas que, ainda em desenvolvimento, podem ser capazes de impactar, inclusive, a cultura global e sua comunidade (Werneck, 2009).

Santos & Íñiguez-Rueda (2021) consideram que o conceito de cuidado na AP introduz mudanças paradigmáticas no campo das políticas públicas e da SM no Brasil, podendo radicalizar as formas de pensar e produzir-se. Neste sentido, se a AP disputa esses projetos e passa a escrever práticas de cuidado que se organizam a partir da participação, da liberdade e da vida comunitária, articulando, inclusive, um conjunto ampliado de mudanças na forma de compreender o processo saúde-doença-cuidado, não seria, portanto, necessário, aquilombá-la (Nascimento, 2009).

Método

Esta pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa etnográfica (Hammersley & Atkinson, 1983). De acordo com Silva e Dávila (2011), a etnografia é uma metodologia que exige observação, reconhecimento, análise e registro. É também uma disposição metodológica para meditar, refletir, teorizar e, em suma, perder-se reflexivamente nas sutilezas cotidianas e, assim, produzir descrições densas sobre as experiências e percursos. A partir dessas referências, foi possível localizar a observação participante como um processo de criação plástico, sensível, atento e, também, flutuante. Foi realizada entre os meses de agosto e novembro de 2018, na cidade de Juazeiro, Estado da Bahia (Brasil), nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS Álcool e outras Drogas), equipamentos sanitários que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para ampliar a capacidade para compreender os processos de produção do cuidado na RAPS, houve também a inserção em outros pontos estratégicos na rede local, como participação nas

reuniões do Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão e do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde Mental do Sertão do Submédio São Francisco, da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). É importante considerar que em todos estes espaços a pesquisadora esteve presente em algum momento do seu percurso formativo, seja como estudante, trabalhadora em formação, gestora ou militante, o que permitiu uma aproximação mais fluida com a rede de serviços e afetos.

As atividades de pesquisa nos CAPS se constituíram a partir da participação nas Oficinas Terapêuticas (algumas delas conduzidas por mim, depois do convite de alguns profissionais dos serviços), rodas de conversas e reuniões com as equipes e a gestão da SM. Foram quatro meses construindo ali relações de proximidade com os usuários/usuárias e profissionais dos serviços. Fiquei nestes espaços transitando, participando, observando e vivendo o próprio fluxo dos acontecimentos diários, tais como as intercorrências, situações de crise dos usuários/usuárias e acolhimento de novas demandas.

Mas, é o encontro com Mãe D'Água, usuária do CAPS II, que ganha um contorno importante neste artigo, e que ajudou à pesquisadora a compreender o universo da produção do cuidado em SM na perspectiva da AP. Com ela foi possível desconstruir e reconstruir a questão de pesquisa e orientar os interesses de investigação. Ela foi a primeira pessoa encontrada ao chegar no CAPS II e, aqui, lanço mão de um episódio que passa a marcar sua vida e que vai movendo sua relação com o sofrimento e a produção da vida, a partir de uma estética da loucura racializada e psiquiatrizada.

Todo o percurso da pesquisa foi compartilhada com ela, inclusive a pesquisadora aceitou ser convidada para conhecer a sua casa e sua cuidadora. Os encontros se transformaram em registros no diário de campo e, ao final destes quatro meses, realizou-se uma entrevista, uma conversa guiada com a finalidade de conhecer um pouco mais suas histórias de vida. Esta etapa não se configurou como uma fonte privilegiada de informações, mas como uma ferramenta de coprodução engendrada com os objetivos da pesquisa, buscando possibilitar em ato a interanimação dialógica, reflexividade, materialidades e posicionamentos (Aragaki, 2014).

Como resultado, a análise da entrevista transcrita e as anotações do diário de campo, e seleção alguns trechos - largos e descritivos- após leituras e releituras, os quais compuseram um material textual para uma análise prévia. Em seguida, explorei atentamente o recurso da escrita e reescrita, buscando inserir informações sobre as situações, fatos e histórias compartilhadas por Mãe

D'Água em distintos momentos, e que tiveram o objetivo de produzir uma linearidade argumentativa sobre seu percurso na rede de atenção à saúde, os quais aparecem aqui como relatos etnográficos, analisados a partir do paradigma da AP, compreendido em sua perspectiva comunitária e de sua potência quilombista, e estruturados em duas partes. A Parte I: o encontro e as histórias de Mãe D'Água, no qual apresento sua história, com centralidade na sua forma de contar a experiência, bem como as reflexões sobre seu processo de adoecimento, e a Parte II: os efeitos na organização do cuidado, na AP, adotando a perspectiva comunitária quilombista para problematizar estratégias de cuidado afrocentrada e antirracistas.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa no Brasil, através do Comitê de Ética do Centro Universitário Cesmac, e teve seu parecer aprovado sob número 2.904.481, conforme a Resolução No. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais no Brasil. Seguiu também o protocolo de normativas éticas da Universidade Autônoma de Barcelona, na qual a autora desenvolve sua tese de doutorado. A entrada nos serviços se deu a partir da autorização da gestão, dos profissionais e usuários/as, sendo as entrevistas realizadas após os esclarecimentos quanto aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios de sua participação, e em seguida, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em todo o percurso da pesquisa, desde a coleta de dados à escrita de comunicações acadêmicas, os critérios éticos foram observados, em especial, a garantia ao anonimato dos interlocutores.

Resultados

O encontro e as histórias de Mãe D'Água

Na oralidade da cultura popular das regiões margeadas pelo rio São Francisco, Mãe D'Água é uma linda sereia que vive nessas águas e, na hora em que o rio para de correr, durante seu sono da meia-noite, ela sai das profundezas e vai procurar uma canoa, para nela sentar-se e pentear seus longos cabelos. A sereia é Yemanjá, que, nas tradições de origem africana, é Orixá da maternidade, do cuidado. Orixás são as forças da natureza, as relações humanas e não humanas, definidas por um vasto conjunto de símbolos, crenças, valores culturais e práticas. Suas referências estão escritas na oralidade das Casas de Axé e seus fundamentos remontam a cosmovisão africana, sobretudo, na tradição Yorubá dos povos africanos subsaarianos, que compreendem as regiões de onde hoje estão localizados Benin e Nigéria (Werneck, 2010, p. 78).

Neste Brasil forjado entre tantas narrativas, há muitas versões sobre a história de Mãe D'Água, sereia e Orixá, mas interessa aqui, nos aproximarmos das relações de cuidado que se produzem entre a sereia, a cidade, os pescadores, o rio, a ancestralidade africana e os saberes populares e tradicionais, que guardam Mãe D'Água como protetora do rio São Francisco.

Estas versões nos guiam até simbologia de Mãe D'Água como elemento para falar da produção do cuidado em SM. Assim, neste relato, Mãe D'Água é uma mulher preta, não alfabetizada –“anota meu Whatsapp e me manda áudio, que eu não sei ler”- mãe de três filhos, com uma longa história de internações psiquiátricas. Foi justamente no trabalho de parto da sua última filha que ela teve o seu primeiro “surto de loucura”. Entre o primeiro surto e a primeira ida ao CAPS, foram 10 anos de violência, isolamento e tortura vividas dentro das estruturas manicomialis.

Do encontro com Mãe D'Água, surge uma pergunta: como ela define sua experiência de loucura e o cuidado? A pergunta era óbvia diante dos interesses de investigação, mas, a densidade de sua história me conduzia para outros lugares: como a experiência da loucura e da maternidade violada passam a definir sua psiquiatrização? Entre a primeira e a segunda pergunta, houve um tempo relativamente largo para produzir deslocamentos, não somente metodológicos, mas, sobretudo, epistêmicos. A pesquisa se inscrevia, a partir de então, na perspectiva para produzir uma análise localizada sobre os efeitos do racismo na produção do cuidado em SM e na organização da AP.

Mãe D'Água chegara ao CAPS II com sua mãe, pela primeira vez, no dia 12 de abril de 2016, segundo os dados registrados no prontuário:

paciente calma, discurso organizado. Início de quadro depressivo, agitação psicomotora, agressividade, alucinações auditivas, com início dos sintomas após o parto da filha caçula. Há dois anos parou com uso de SPAs (Substâncias Psicoativas): maconha, crack, cocaína, álcool. Tentativas de suicídio. Criada pela mãe, conheceu o pai aos 15 anos. Três filhos (17, 12 e 10 anos). Afastada do trabalho/Empresa de Limpeza Pública. Projeto de vida: pensa que um dia quer melhorar.

Eu demorei a ler a história de Mãe D'água, marcada pelo racismo. Tudo o que ela me contava, eu etiquetava a partir do campo da SM: manicomialização, medicalização da vida, tortura, maus tratos. Foi difícil escapar à crítica às noções clássicas da Psiquiatria e da Nosologia dos sinais e sintomas na produção dos diagnósticos. De certa maneira, o lugar comum desta crítica é exatamente a

negação da estrutura manicomial. Cada vez que eu escutava Mãe D'Água, tornava-se urgente ampliar o debate sobre o movimento da luta antimanicomial e a luta antirracista. Em outras palavras, não há democratização da produção do cuidado sem que antes seja questionado o racismo e sua função necropolítica de regular a distribuição da morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado (Mbembe, 2018).

No ocidente, o corpo feminino foi historicamente sendo forjado e arquitetado para a maternidade. Entretanto, algumas maternidades não são possíveis, pois os corpos das mulheres pretas não são vistos pela sociedade patriarcal, racista e classista (Davis, 2016). Na história de Mãe D'Água, sua maternidade foi roubada. Em seu corpo preto, destituído de poder, a Medicina inscreveu a loucura, sustentou que ela, despossuída de razão, não seria capaz de gerir sua maternidade, seus direitos, suas escolhas. Um processo de violência que desumaniza as vidas pretas e que é expressão da violência estrutural do racismo institucionalizado. Assim, o primeiro episódio de crise de Mãe D'Água, foi produzido a partir deste conjunto de dispositivos que instaurou em sua vida um ordenamento amparado na racionalidade Biomédica e Psiquiátrica.

Encontrei Mãe D'Água sentada à sombra de uma árvore, na parte interior do CAPS. Ela começou falando sobre sua ida ao Encontro de Bauru, sua participação nos Fóruns de Mobilização Antimanicomial e de sua implicação no cotidiano de trabalhos do CAPS. Percebi que ela tinha uma função de apoio para os profissionais do serviço, fazendo retaguarda aos momentos de crises dos usuários e usuárias. Uma referência que propõe não somente a superação da lógica hospitalocêntrica, com a implantação de serviços comunitários de porta aberta, mas também, que se torna experiência concreta a partir do “diálogo junto à comunidade e à família, a fim de proporcionar uma gestão compartilhada do cuidado, procurando promover e viabilizar a emancipação política” (Passos, 2017, p. 84).

Durante nossos encontros, ela sempre contava um pouco das suas histórias, principalmente sobre as longas e repetidas internações psiquiátricas: “Lá [o Sanatório] não tem vida. Você respira: injeção. Você fala: injeção. Você grita: injeção. Você chora: injeção”. Ela me apresentou o serviço, o fluxo de atendimento, me falou sobre as relações e processos de trabalho. Planejamos e realizamos juntas algumas atividades: roda de conversa, teatro espontâneo, contação de histórias e um mural de pinturas. Assim, fui tecendo os fios que me conectavam ao espaço e à experiência de fazer pesquisa imersa no cotidiano.

Segundo Mãe D'Água, ela ficou doente “por causo [sic] que eu pari uma menina de seis mês [sic]. Quando eu pari ela, ela nasceu viva, porque eu mesma fiz meu parto”.

Para Leal et al. (2017), as mulheres pretas recebem menos orientação, durante o pré-natal, sobre o início do trabalho de parto e sobre possíveis complicações na gravidez. Deste estudo sobre iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil, foi verificado que 53.9% das mulheres pretas não recebem orientações sobre o início do trabalho de parto, e que ainda, os piores indicadores de atenção pré-natal e parto são das mulheres de cor preta e parda, em comparação às brancas.]

Ela começou a entrar em trabalho de parto ainda no carro, mas chegando ao hospital,

‘pedi pra eles induzi [sic] ela dentro de mim e eles não quiseram induzir, disse que era apenas um aborto. Quando eu peguei fui pra privada e vi mexer, eu puxei, eu puxei de um jeito que ela não escuta. As garganta [sic] dela é boa mas ela não é boa de ouvido’

Mãe D'Água estava se aproximando do sétimo mês de gestação e ela já tinha passado por duas experiências de partos anteriores, mas, ela não foi vista e nem escutada por aqueles profissionais. A declaração do médico e o procedimento já estavam determinados. Este modelo intervencionista é comprovadamente inadequado ao momento do parto, pois além de transformar a experiência do parto em violência, legitima as relações assimétricas de poder, que quando racializadas, colocam a mulher preta em contínua exposição e “podem gerar altos níveis de estresse físico e psicossocial e contribuir para a adoção de comportamentos inadequados, baixa adesão a tratamento e até mesmo adoecimento” (Leal, et al., 2017, p. 11).

A constatação da impossibilidade do exercício pleno de sua maternidade reforça simbolicamente a obstrução da possibilidade de as mulheres pretas constituírem seus próprios laços afetivos e reprodutivos (Silva, 2018). Qual lugar Mãe D'Água teria para atravessar essa ruptura se não se elevasse à própria condição da loucura? Ela viu tudo isso acontecer:

‘o médico olhou pra mim e disse que ia levar minha filha pra faculdade, não ia dar injeção nela, pra ela ir a óbito, pros estudante [sic] estudar ela. Ai daí eu já fiquei doida. Quando ele virou as costas [sic] eu peguei minha filha’

A enfermeira disse que existia outro hospital na cidade vizinha, que trabalhava com o método canguru: “daí peguei minha filha escondida, botei dentro dos peito [sic]

e fui pro outro hospital. Quando cheguei lá dei a sorte que ela tava [sic] viva eu desmaiei pra trás”. A comunicação de notícia em ambiente hospitalar também é uma das dificuldades enfrentadas pelas mulheres, pois, a não informação, a informação negada ou a informação fragmentada são das violências mais comuns nas maternidades. Parte-se do pressuposto da legitimidade do poder médico e da centralização do fazer técnico, reproduzindo, na maioria das vezes, as opressões de gênero, raça e classe (Barboza & Mota, 2016; Davis, 2016).

Mãe D’Água conta essa história com muita vivacidade e diz que não lembra o que aconteceu depois do desmaio: “quando eu me acordei eu tava [sic] já com um coquetel de remédio controlado na veia”. Ela foi direto para o hospital psiquiátrico e sua filha permaneceu internada no hospital geral: “quando deu 15 dias ele [o médico] pegou e me mandou buscar pra cuidar da menina”. Durante a consulta de rotina no hospital geral Mãe D’Água diz que:

‘o médico do hospício já me diagnosticou, disse que eu ia tomar remédio pro resto da minha vida. Eu nunca tinha tomado remédio nem pra dor de cabeça ... eu passei treze anos entre ficar um mês em casa, um mês no hospício, um mês em casa, um mês no hospício’

De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência à saúde da mulher deve prioritariamente ser estabelecida a partir de “relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de assumir o comando da situação, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e a criança” (Brasil, 2001). Um desafio ainda permanente na condução das políticas públicas de saúde no Brasil. No entanto, diversos programas, políticas e estratégias vêm sendo conduzidas com o objetivo de redirecionar o modelo de formação profissional, qualificar os profissionais dos serviços, bem como estimular a participação da população a partir do exercício do controle social (Santos & Bernardes, 2019).

Para romper com as práticas racistas, machistas e violentas na produção do cuidado na AP, é necessário questionar: quem são essas pessoas que estão na rede? Como é produzida sua loucura? De que são feitas suas histórias? Quais lugares circulam no cotidiano da cidade? De acordo com Facchinetti, Ribeiro, Chagas e Reis (2010), o perfil populacional que vai compor o maior contingente de internos no primeiro hospital psiquiátrico do Brasil (1852), Hospital Nacional dos Alienados, localizado no Rio de Janeiro, é justamente das mulheres pretas, e este contingente permanece atualizado nos diversos serviços de SM no país hoje. De acordo com Passos (2018), a população que é majoritariamente atendida nos CAPS é

preta (pretos, pardos, morenos, afrodescendentes), e é essa população alvo das ações higienistas e truculentas que ocorrem em diferentes cidades brasileiras.

Racializar, falar sobre gênero, classe social, geopolítica da loucura, faz parte dos novos desafios para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, é por estas vidas que problematizamos, como segundo desdobramento de nossas análises, os efeitos do racismo e do machismo na produção do cuidado na AP.

Os efeitos na organização do cuidado

As políticas públicas para a SM no Brasil ao longo dos últimos anos, estão sendo ameaçadas. Entre 2016 e 2019, o Governo Federal: 1) modificou a Política Nacional de Atenção Básica; 2) ampliou o financiamento dos hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias; 3) reduziu o cadastramento de CAPS; 4) ampliou o financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas; 5) restaurou a centralidade do hospital psiquiátrico; 6) recriou o hospital-dia, um arcaísmo assistencial, vinculado aos hospitais psiquiátricos, sem definir sua finalidade, em evidente reforço ao modelo desterritorializado; e 7) recriou o ambulatório de especialidade, igualmente sem referência territorial (Delgado, 2019).

O grande índice de violências e das desigualdades e opressões produzem abismos na oferta de serviços na AP. Moreira e Passos (2018) destacam sobretudo, que as questões étnico-raciais evidenciam os resquícios da formação sócio-histórica do Brasil, a qual fora engendrada na exploração/dominação de uma raça sobre a outra, no apagamento/esquecimento da consciência étnica de um povo, bem como no processo de desumanização do povo preto. O eugenismo, o higienismo e o racismo contribuem fortemente para que essas ações públicas, executadas historicamente pelo Estado e acentuada pela necropolítica dos governos, desde 2016, o que, segundo Delgado (2019) e Guimarães e Rosa (2019), retoma um investimento muito significativo em dispositivos antirreformistas e antidemocráticos, para que produzam a eliminação da população pobre e preta. A ascensão deste conservadorismo produz uma atualização das tecnologias manicomialmente reinventadas:

o sistema judiciário, que interna na maioria negros compulsoriamente; as instituições de segurança pública, ainda militarizadas, que promovem o genocídio da população preta, sendo em sua maior parte jovens, homens e pobres; a Medicina Psiquiátrica com contemporâneos diagnósticos que rotulam crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em sua maior parte, negros periféricos. Diagnósticos de transtornos de conduta, hiperatividade e transtorno

desafiador-opositor, por exemplo, fazem de crianças e adolescentes negros cobaias experimentais de psicotrópicos e das instituições farmacológicas. Há, ainda, as comunidades terapêuticas, que imperativamente aplicam preceitos religiosos como pseudotratamentos, atingindo diretamente a cultura afro-brasileira e reconhecendo manifestações espirituais características das religiões de matriz africanas ou afro-brasileiras como demanda de ‘tratamento’ (David, 2018, p. 136).

O documento oficial da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) apresenta a relação entre a situação de iniquidade e vulnerabilidade que afeta a saúde da população preta. Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, por exemplo, mostram a relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão desta tríade é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2017, p. 23).

A partir de um encontro com uma assistente social que trabalhava no hospital psiquiátrico, Mãe D’Água diz que sua vida mudou radicalmente: “ela viu que eu era normal, que dava preu [sic] andar no meio da sociedade. Ela disse assim: “Mãe D’Água, eu vou lhe tirar do hospício”, eu disse: “Como?”, ela “vou lhe ensinar pra ir pro CAPS”.

Quando ela foi ao CAPS pela primeira vez, ela correu. Não deu conta de permanecer naquele espaço, com aquelas pessoas que, segundo ela: “eu vi um monte de gente e fiquei agoniada, eu não sabia mexer com minha mente e corri. Eu só queria correr, aí eu peguei a segunda vez, minha mãe me trouxe de novo”. Foram alguns dias até se acostumar com a dinâmica; ela diz que aprendeu a conviver com a doença e no serviço ela é:

‘a que toma mais remédio é eu. E quem tem mais surto mais perigoso sou eu, por que o meu com qualquer coisa eu posso me machucar e machucar os outros entendeu?! Mas eu não quero nem se machucar [sic] e nem machucar os outros, por causa [sic] que não vale a pena. Se eu pegar machucar os outros eu vou ficar arrependida, se eu me machucar eu vou ficar lascada, então o negócio é procurar ajuda. Então assim que eu faço’

Valorizar a experiência pessoal de Mãe D’Água e os modos como ela vai agenciando as crises e seus efeitos, é a via mais potente de cuidado no serviço. De acordo com Lima e Dimenstein (2016), essa atenção à crise se revela como um eixo estratégico na AP. Ela possibilita “a

permanência dos usuários em seus contextos familiares e sociocomunitários, possibilitando a territorialização do cuidado e interrompendo o já conhecido circuito segregador e cronificante” do hospital psiquiátrico. Depois de três anos rompendo com este circuito de internações psiquiátricas, Mãe D’Água diz que, o hospital psiquiátrico é:

‘tipo uma lavagi cerebral [sic], tipo, na sua frente, na frente da sua família eles lhe tratam muito bem, mas quando sua família vai embora você não passa de um nada. Você entra com uma opção de vida e quando sai, você sai tremendo e babando’

A referência de Mãe D’Água é o cuidado em liberdade:

‘se eu quiser agora pega [sic] minha bolsa e ir embora e vou, mas não porque eles não cuidam de mim, cuidam, é por causa [sic] que a gente que usa remédio a gente não tem tanta opção de vida, mas mesmo assim com poucas opções de vida que a gente tem, a gente vai resolvendo devagarzinho’

‘Quando eu vim para o CAPS a primeira vez eu corri. Eu vi um monte de gente e fiquei agoniada, eu não sabia mexer com minha mente e corri. Eu só queria correr, aí eu fui pela segunda vez, minha mãe me trouxe de novo. Eu fiquei meio cismada... veio o almoço, eu não almocei. Mas, depois já comecei a fazer amizade. Isso eu fiz e estou fazendo, e está dando certo, tá me entendendo? Eu respiro, conto até 10 bem baixinho e vou caçar ajuda. E nisso daí já tem mais de dois anos que eu não vou mais para o hospício’

A ordem do discurso e seus dispositivos práticos construíram uma verdade sobre a relação gênero-raça-classe e a maternidade preta. Segundo Evaristo (2003), o imaginário sobre a mulher na cultura ocidental constrói-se na dialética do bem e do mal, do anjo e demônio, cujas figuras símbolos são Eva e Maria e, sobretudo, a noção de que o corpo da mulher se salva pela maternidade. Entretanto, segundo a autora, a ausência de tal representação para a mulher preta, acaba por fixá-la no lugar de um mal não redimido, caracterizado por uma animalidade ou por uma sexualidade perigosa, que macula a família tradicional eurocêntrica.

Essa falta de referência materna para as mulheres pretas, estrutura um sistema de dominação que nomeamos aqui como racismo, e que institucionaliza a histórica violência contra as mulheres pretas. Pensar tais questões apenas pela via do gênero e do feminismo não dá conta da desintegração ontológica das mulheres pretas e de seu povo (Oyèwùmí, 2002). Busca-se aqui as contribuições do mulherismo africano, para problematizar a produção da loucura e as práticas de cuidado a partir de outro paradigma ontológico, no qual o Ocidente não é a única

referência na centralidade dessa construção. A partir desta via epistêmica, o mulherismo propõe “centrar as pessoas negras e orientá-las ao seu trilho civilizacional, colocando-as como agentes diante dos fenômenos que as atravessam.” (Njeri & Ribeiro, 2019, p. 597).

Para o mulherismo, a maternidade compõe a centralidade de seu discurso juntamente com a noção de família e comunidade (Ebunoluwa, 2009). São outras narrativas para falar sobre a experiência da mulher preta, seja em África ou na diáspora, pois, para esta perspectiva, as mulheres que tiveram a força e a sensibilidade de recriar a família e a comunidade preta destruída pelo tráfico, estão para além do binarismo que as reduzem à condição de mãe e esposa. Neste sentido, Werneck (2009) considera que as mulheres pretas não existem; elas, como sujeitos identitários e políticos, são “resultante de demandas históricas, políticas, culturais, de enfrentamento das condições adversas estabelecidas pela dominação ocidental eurocêntrica ao longo dos séculos de escravidão, expropriação colonial e da modernidade racializada e racista em que vivemos” (Werneck, 2009, p. 151).

Desta maneira, foi e continua sendo necessário marcar o lugar da mulher preta como uma narrativa em disputa para desnaturalizar essa herança colonial a qual reduz sua condição de existência à objeto. De acordo com Nogueira (2020), o sentido da palavra mulher, numa perspectiva afrocentrada, não se dá por exclusão ou por hierarquização de papéis menos e mais importantes, com corpos posicionados hierarquicamente (Oyěwùmí, 2002), em sua existência, elas “podem ser mulheres e mães e guerreiras e sedutoras e caçadoras e amantes e independentes e mães sem um marido e profissionais e sagradas” (Nogueira, 2020, p. 68), incluímos aqui também a própria experiência da loucura, que não patologizada e não medicalizada, afirma e reconhece as diferentes ontologias, epistemologias e éticas do viver no mundo.

O fracasso da produção de cuidado preto-centrado é exatamente o não-alcance das necessidades de saúde da população preta brasileira. Este hiato produzido pelas iniquidades sociais no país foi estudado por David (2018), a partir da relação entre racismo, colonialismo e SM. Neste estudo, o autor fala sobre a necessidade de aquilombamento do SUS a partir de um dispositivo estratégico de atenção à saúde da criança e do adolescente, na região da cidade de São Paulo. A pesquisa foi realizada com gestores e profissionais, buscando compreender como estes manejam o processo de trabalho para acolher a demanda da população preta e a capacidade de oferta de atenção para a

desinstitucionalização do racismo nas estruturas dos serviços de SM.

É neste devir negro e na relação entre sofrimento e racismo que o trabalho do autor propõe o prestar atenção e encontrar o comum nas diferenças, para sustentar um paradigma ético e integral para o cuidado, o que afastaria o risco das novas manicomializações enquanto “a paralisação cega nas identidades pode levar a novas segregações, fragmentações e distância social, assim como à patologização de reações singulares de combate ao racismo” (David, 2018, p. 146).

Para Abdias Nascimento (2009), o quilombismo é um complexo de significações, uma práxis afro-brasileira. Se constitui como uma rede de associações, irmandades, confrarias, clubes, grêmios, terreiros, centros, tendas, afoxés, escolas de samba, gafieiras. Estes, foram e são os quilombos legalizados pela sociedade dominante. Do outro lado da lei, se erguem os quilombos revelados que se reconhecem como um valor dinâmico na estratégia e na tática de sobrevivência e progresso das comunidades de origem africana.

Tanto os permitidos quanto os “ilegais”, formam uma unidade, uma única afirmação humana, étnica e cultural, a um tempo integrando uma prática de libertação e assumindo o comando da própria história. Segundo o autor, o quilombismo tem se revelado com uma capacidade de mobilizar disciplinadamente o povo afro-brasileiro por causa do profundo apelo psicossocial cujas raízes estão entranhadas na história, na cultura e na vivência dos afro-brasileiros.

O modelo quilombista de Abdias Nascimento (2009) vem atuando como ideia-força para pensar a perspectiva comunitária como um código que reage aos modelos colonialistas na SM. O quilombo não significa escravo fugido, como retrata a literatura dominante estereotipada, mas sim um território que possibilita a reunião fraterna e livre, solidariedade, convivência, comunhão existencial e que representa uma etapa no progresso humano e sócio-político em termos de igualitarismo econômico. Portanto, o quilombismo é a possibilidade de assegurar a condição humana do povo afro-brasileiro, um fundamento ético, há tantos séculos tratado e definido de forma humilhante e opressiva.

O projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira e seu lema por uma sociedade sem manicômios, expressam essa necessidade urgente de luta cotidiana e disputa política que se coloque radicalmente contra as desigualdades raciais, de gênero e de classe. A maternidade da mulher preta e louca, na qual a história de Mãe D’Água nos

conduz a problematizar, remontar e atualizar a desumanidade do pensamento e das práticas da política ocidental e da Psiquiatria, eugenista e racista, é operada como uma tecnologia destinada a permitir o exercício do direito soberano de matar (Mbembe, 2018).

Surge assim, mais uma questão para finalizar: quais opções de vida teria uma mulher preta e louca, vivendo uma condição de maternidade extremamente precarizada? Entre suas outras histórias: tentativas de suicídio, atear fogo na casa três vezes, mais episódios de violências durante as internações, além do sofrimento produzido pelo preconceito com a loucura: “lá fora a discriminação é tão grande que eles chegam ao ponto de chamar a gente de doidinha, de louquinha do senatório [sic]”.

A partir do “lá fora”, questionado por Mãe D’Água, entendemos que é a experiência concreta da vida cotidiana que deve provocar a organização do processo de cuidado para além das suas estruturas endógenas nos serviços. É necessário compreender que o cuidado na AP deve, sobretudo, priorizar o “lá fora”, incorporar a vida da comunidade, suas relações e invenções. Assim, Mãe D’Água provoca a lógica racional e técnica do cuidado para se expandir, para aquilombar-se (Tittoni & Tschiedel, 2020; David, 2018).

Conclusão

A trajetória de uma mulher, preta, louca e mãe, aqui etnografada de forma breve, nos permite afirmar a necessidade de colocar o racismo no centro do desenvolvimento das políticas de SM no Brasil. Avançar com a AP e os dispositivos de cuidado comunitários, é perceber que a necessidade do giro em direção à perspectiva antimanicomial não se resume apenas à oferta de serviços de porta aberta, mas deve atribuir-se, sobretudo, a partir da valorização das histórias das mulheres pretas que foram historicamente psiquiatrizadas pelo poder colonial, patriarcal, eugenista e racista.

Assim, Mãe D’Água nos conduz para essa reflexão sobre as relações entre o racismo, a violência obstétrica e a psiquiatrização das vidas pretas. Embora ela mesma não situe sua condição de mulher, preta e louca como determinantes na sua maternidade e manicomialização, estruturadas pelo racismo, é possível a nós relacioná-las. Neste sentido, o limite desta pesquisa se dá justamente nesta lacuna sobre os modos como o racismo é percebido por Mãe D’Água, o que nos aponta para a necessidade de estudos que possam produzir essa compreensão

interseccional sobre SM na perspectiva dos próprios/as usuários/as dos serviços.

Do ponto de vista da memória colonial brasileira, parece inalterável a relação entre a história da loucura e a condição de subalternidade presente nos hospitais psiquiátricos. Entretanto, o quilombismo, como uma estratégia de cuidado comunitário, possibilita a afirmação das vidas pretas e se configura como a força e expressão da coletividade em que se disputam as práticas de cuidado na AP.

Referencias

- Almeida, S. L. (2019). *Racismo estrutural*. Pólen.
- Aragaki, S. (2014). Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. Em M. J. Spink, *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas organizadoras* (pp. 57-72). Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Barboza, L. & Mota, A. (2016). Violência obstétrica: Vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 1. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v5i1.847>
- Carneiro, S. (2003). Mulheres em movimento. *Estudos Avançados*, 17(49), 117-133. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000300008>
- Cruz, I. C. (2004). A sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: Aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(4), 448-457. <https://dx.doi.org/10.1590/S008>
- David, E. C. (2018). *Saúde mental e racismo: A atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil* (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, Brasil.
- Davis, A. (2016). *Mulher, raça e classe*. Boitempo.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: Estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(2), e0020241. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Domingues, P. M., Nascimento, E. R., Oliveira, J. F., Barral, F. E., Rodrigues, Q. P., Santos, C. C., & Araújo, E. M. (2013). Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 22(2), 285-292. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200003>
- Ebunoluwa, S. M. (2009). Feminism: The quest for an African variant. *Journal of Pan African Studies*, 13(1), 227-234.

- <http://www.jpanafrican.org/docs/vol3no1/3.1%20Feminism.pdf>
- Engel, M. G. (1999). As fronteiras da anormalidade: Psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5(3), 547-563. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000100001>
- Evaristo, C. (2005). Escre(vi)(vendo)me: Ligeiras linhas de uma auto-apresentação. In N. M. Moreira, *Mulheres no mundo-etnia, marginalidade e diáspora*. UFPB, Idéia/Editora Universitária.
- Facchinetti, C., Ribeiro, A., Chagas, D. C., & Reis, C. S. (2010). No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 17, 733-768.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. UFBA.
- González, L. (10-12 de maio, 1979). *O papel da mulher negra na sociedade brasileira*. Presented at Spring Symposium, "The Political Economy of the Black World," Los Angeles, Center for Afro-American Studies, UCLA.
- Gonzalez, L. (1979). *Cultura, etnicidade e trabalho: Efeitos lingüísticos e políticos da exploração da mulher*. 8o. Encontro Nacional da Latin American Studies Association, Pittsburg, 1979.
- Gonzalez, L. (1983). Racismo e sexismo na cultura brasileira. In L. A. Silva, *Movimentos sociais urbanos, minorias e outros estudos* (pp. 223-244). ANPOCS.
- Guimarães, T., & Rosa, L. C. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: Análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 44.
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1983). What is Ethnography? In *Ethnography: Principles in practice*. Tavistock.
- hooks, b. (2015). Mulheres negras: Moldando a teoria feminista. *Revista Brasileira de Ciência Política*, 16, 193-210. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151608>
- Lansky, S., Souza, K. V., Peixoto, E. R., Oliveira, B. J., Diniz, C. S., Vieira, N. F., Cunha, R. O., & Friche, A. A. (2019). Violência obstétrica: Influência da exposição "Sentidos do Nascer na Vivência das Gestantes". *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2811-2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
- Leal, M., Gama, S. G., Pereira, A. P., Pacheco, V. E., Carmo, C. N., & Santos, R. V. (24 de julho, 2017). A cor da dor: Iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Suppl. 1).
- Lima, F. (2018). Bio-necropolítica: Diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70, 20-33.
- Lima, M., & Dimenstein, M. (17 de maio, 2016). O apoio matricial em saúde mental: Uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 20(58), 625-635. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0389>
- Mbembe, A. (2017). *Crítica da razão negra*. Antígona.
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. n-1 edições.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2001). *Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS*. Ministério da Saúde.
- Moreira, T. F., & Passos, R. G. (2018). Luta antimanicomial e racismo em tempos ultraconservadores. *Temporalis*, 36, 178-192.
- Nascimento, A. (2009). Quilombismo: Um processo histórico-cultural da população afrobrasileira. In E. L. Nascimento, *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora* (pp. 197-218). Selo Negro.
- Nascimento, A. (2016). *O genocídio do negro brasileiro: Processo de um racismo mascarado*. Perspectiva.
- Nascimento, B. (1985). O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. *Afrodíspora Nos*, 6(7), 41-49.
- Njeri, A., & Ribeiro, K. (2019). Mulherismo africana: Práticas na diáspora brasileira. *Currículo sem Fronteiras*, 19, 595-608.
- Nogueira, S. (2020). *Intolerância religiosa*. Pólen.
- Nunes, S. A. (2010). Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17(supl.2), 373-389.
- Oliveira, F. (2003). *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Oyèwùmí, O. (2002). Visualizing the body: Western theories and African subjects. In P. H. Coetzee, & A. P. Roux, *The African Philosophy reader* (pp. 391-415). Routledge.
- Passos, R. G. (2017). "De escravas a cuidadoras": Invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. *O Social em Questão*, 20(38), 77-94.
- Passos, R. G. (2018). "Holocausto ou navio negreiro?": Inquietações para a reforma psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-23. <https://doi.org/10.18315/argument>
- Santos, R. G. A., & Bernardes, J. S. (2019). Seis propostas para a formação em Psicologia: Um diálogo entre PET-Saúde e Ítalo Calvino. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180267. <https://dx.doi.org/10.1590/interface.180267>

- Silva, C., & Dávila, C. B. (2011). Tiempo mínimo-conocimiento suficiente: La cuasi-etnografía sociotécnica en psicología social. *Psicoperspectivas*, 10(2), 87-108. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol10-issue2-fulltext-146>
- Silva, F. C. (2018). Maternidade negra em Um defeito de cor: a representação literária como disrupção do nacionalismo. *Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea*, 54, 245-275.
- Soares, E. (2002). A carne [videoclipe]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=yktrUMoc1Xw>
- Tittoni, J., & Tschiedel, R. G. (2020). Cotidiano e as artes de trabalhar: O trabalho na atenção básica em Saúde. *Psicoperspectivas*, 19(3). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol19-issue3-fulltext-2057>
- Werneck, J. (2009). Nossos passos vêm de longe! Movimentos de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. Em *Vents d'Est, vents d'Ouest: Mouvements de femmes et féminismes anticoloniaux* (pp. 151-163). Graduate Institute Publications. <https://dx.doi.org/10.4000/books.iheid.6316>
- Werneck, J. (2010). Nossos passos vêm de longe! Movimento de mulheres negras e estratégias políticas contra o sexismo e o racismo. In J. Werneck, *Mulheres negras: Um olhar sobre as lutas sociais e as Políticas Públicas no Brasil* (pp. 76-84). Criola.
- Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Sociedade*, 25(3), 535-549. <https://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>

Acerca da autora:

Renata Guerda de Araújo Santos é psicóloga e mestra em Psicologia (Univ. Federal de Alagoas), doutoranda em Pessoa e Sociedade no Mundo Contemporâneo (Univ. Autônoma de Barcelona); e professora no Centro Universitário Cesmac (Maceió, Alagoas, Brasil). Desenvolve pesquisas e práticas em Saúde Mental, Atenção Psicossocial e formação em Psicologia. ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0003-0682-8880>