



**Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de
Comunidades e Ecologia Social**

Universidade Federal do Rio de Janeiro

MARCELA DE LIMA SILVA

**SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: DO RACISMO À PRODUÇÃO DE
CUIDADO NA PERSPECTIVA AFRODISPÓRICA**

Rio de Janeiro/RJ

2024

MARCELA DE LIMA SILVA

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: DO RACISMO À CONFECÇÃO DA PRODUÇÃO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA AFRODISPÓRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Linha: Psicossociologia da saúde e comunidades

Orientadora: Prof. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes

Rio de Janeiro/RJ

2024

CIP - Catalogação na Publicação

ds de Lima Silva, Marcela
SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: DO RACISMO À PRODUÇÃO
DE CUIDADO NA PERSPECTIVA AFRODISPÓRICA /Marcela de Lima
Silva. -- Rio de Janeiro, 2024.
94 f.

Orientadora: Maria Paula Cerqueira Gomes. Dissertação
(mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro,
Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em
Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, 2024.

1. Saúde mental. 2. Racismo. 3. Psicossociologia de
Comunidades. 4. Cartografia do cuidado. I. Cerqueira
Gomes, Maria Paula, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: DO RACISMO À CONFEÇÃO DA PRODUÇÃO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA AFRODISPÓRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Linha: Psicossociologia da saúde e comunidades

Orientadora: Prof. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes

Aprovada em: 26/09/2024

Prof. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Magda de Souza Chagas
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dra. Nereida Lucio Palko dos Santos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro/RJ

2024

RESUMO

A presente pesquisa consistiu em uma investigação acerca da relação entre racismo e saúde mental no CAPS localizado de Valença, interior do Rio de Janeiro. O racismo é um conjunto sistemático de discriminações que se reproduz no âmbito da política, da economia e das relações cotidianas favorecendo o adoecimento psíquico da população negra. Diante de uma realidade social tão difícil, quando o sujeito se abre para o amor a si, aos outros e a sua negritude, ele produz, num movimento duplo, resistência política e processos de subjetivação mais saudáveis. O objetivo deste trabalho foi identificar e mapear as práticas de cuidados em saúde mental existentes no CAPS, a despeito do racismo estrutural que atravessa o serviço de saúde. Como procedimento metodológico cartografia foi usada o que me permitiu visualizar de forma clara as relações e compreender melhor a dinâmica do território. Percebeu-se um aquilombamento dentro do CAPS na medida em que os usuários iam estabelecendo vínculos uns com os outros. Ressalta-se que a confecção de cuidado para população negra perpassa por ações micropolíticas e em espaço comunitários e de coletividade, considerando a ancestralidade, o aquilombamento bem como outras epistemologias não eurocentradas.

Palavras-chave: Saúde mental; Racismo, Psicossociologia; Cartografia do cuidado.

ABSTRACT

The present research consisted of an investigation into the relationship between racism and mental health at the CAPS located in Valença, in the interior of Rio de Janeiro. Racism is a systematic set of discriminations that reproduces itself within the realms of politics, the economy, and everyday relationships, contributing to the psychological distress of the Black population. In the face of such a challenging social reality, when an individual opens up to love for themselves, for others, and for their Black identity, they create, in a dual movement, political resistance and healthier processes of subjectivation. The objective of this work was to identify and map the existing mental health care practices at CAPS, despite the structural racism that permeates the health service. As a methodological procedure, cartography was used, allowing me to clearly visualize the relationships and better understand the dynamics of the territory. An "quilombamento" was observed within CAPS as users began to establish bonds with one another. It is emphasized that the creation of care for the Black population involves micropolitical actions in community and collective spaces, considering ancestry, "quilombamento," and other non-Eurocentric epistemologies.

Keywords: Mental health; Care; Racism; Psychosociology; Cartography of care.

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEPG	Conselho de Ensino Para Graduados
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, eu agradeço a Deus pelo dom da vida, pelas dádivas recebidas e por ser meu suporte espiritual.

Agradeço a minha família: mãe, tio Luiz e irmãos. Fomos atravessados por momentos duros e de muito sofrimento, mesmo assim permanecemos juntos. Por vocês eu me movo e me mantenho!

Agradeço ao meu tio Luiz que nos deu sustentação física, financeira, mental, espiritual e acadêmica. Você não mediu esforços para que alcançássemos patamares altos. Obrigada pelo carinho e pela paz no meio do furacão.

Agradeço a minha mãe por ter sido uma mulher de fibra e ter segurado a barra nos momentos difíceis,

Agradeço a meu pai e ao meu tio José Mauricio, ainda que não estejam mais presentes nesse plano físico. Vocês foram as minhas principais motivações para cursar Psicologia e posteriormente ingressar no Mestrado pesquisando a Saúde Mental da População Negra. Eu ainda não tenho as respostas, mas me sinto muito mais conectada a vocês e aos nossos ancestrais. É tudo por vocês e para vocês.

Nesse percurso de pesquisar me encontrei com pessoas incríveis dentre as quais a minha ORI Paula Cerqueira, minha amiga Solane e minha amiga Barbara Marques. Vocês me acalentaram com palavras, afetos e energias quando eu mais precisei.

Paula obrigada por ser minha calma e por tamanha humanidade. Obrigada por me situar me dando um chão pra pisar. Eu não poderia ter escolhido melhor orientadora.

Sol, meu sol. Obrigada por ter iluminados meus dias tenebrosos.

Barbara, obrigada pelo ombro amigo, pelo colo quentinho.

Se eu chego ao fim desta jornada, que é só o início, foi porque vocês me deram suporte para que eu aqui chegasse.

Gratidão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 TERRITORIALIZAÇÃO E RETERRORIZAÇÃO: CAMINHOS METODOLÓGICOS	13
2.1 O CAPS 2	15
3 O RACISMO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE NEGRA	17
4 A METODOLOGIA E A CONSTRUÇÃO DO TERRITÓRIO DA PESQUISA	30
5 O CAPS-CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	30
6 CONTAÇÃO DE HISTÓRIA, PRODUÇÕES DE VERDADE.	44
6.1 Amor, aquilombamento e outros afetos como forma de resistência e de produção de saúde	45
6.2 O amor romântico	57
6.3 Do inesperado ao possível: o aquilombamento no CAPS – uma estratégia contra práticas hegemônicas	59
<i>6.3.1 Rizoma, máquina de guerra-</i>	61
<i>6.3.2 Força e resistência-</i>	62
<i>6.3.3 Amizade-</i>	62
7 A ATENÇÃO E O TEMPO-PRESENÇA NA CLÍNICA DO CUIDADO: UMA QUESTÃO FORMATIVA	65
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
9 ANEXOS (ENTREVISTA)	79
REFERÊNCIAS	79

1 INTRODUÇÃO

Tenho razão de sentir saudade,
tenho razão de te acusar.
Houve um pacto implícito que rompeste
e sem te despedires foste embora.
Detonaste o pacto.
Detonaste a vida geral, a comum aquiescência
de viver e explorar os rumos de obscuridade
sem prazo sem consulta sem provocação
até o limite das folhas caídas na hora de cair.
Antecipaste a hora.
Teu ponteiro enlouqueceu, enlouquecendo nossas horas.
“Que poderias ter feito de mais grave
do que o ato sem continuação, o ato em si,
o ato que não ousamos nem sabemos ousar
porque depois dele não há nada?
Tenho razão para sentir saudade de ti,
de nossa convivência em falas camaradas,
simples apertar de mãos, nem isso, voz
modulando sílabas conhecidas e banais
que eram sempre certeza e segurança.
Sim, tenho saudades.
Sim, acuso-te porque fizeste
o não previsto nas leis da amizade e da natureza
nem nos deixaste sequer o direito de indagar
porque o fizeste, porque te foste.

A um ausente, Carlos Drummond de Andrade

Começo a escrita deste trabalho com uma poesia de Carlos Drummond de Andrade que fala sobre saudades. A saudade me fez pensar no meu pai e na nossa convivência feliz e despreziosa, das conversas à toa, do sentar-se na varanda para ver as estrelas, do aconchego e do abraço apertado. Pensar no meu pai me fez pensar em como o adoecimento mental antecipou a sua partida de nossas vidas, deixando marcas profundas, me fez pensar em como o racismo tem atravessado a minha família desde então. Eu dedico este trabalho aos meus, pois eles foram os maiores motivadores para que eu me tornasse quem eu sou e por causa deles eu iniciei minha jornada acadêmica a fim de entender os efeitos do racismo enquanto produtor de adoecimento mental.

Na minha família tivemos dois casos graves de adoecimento psíquico que mobilizou a todos. Vou descrevê-los não por ordem cronológica, mas por ordem de afetação e conforme minhas memórias. O primeiro caso foi do Ronaldo Barbosa da Silva, meu pai, minha maior inspiração. Meu pai teve uma depressão muito grave

após perder o emprego na Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), localizada na cidade de Volta Redonda, no interior do Rio de Janeiro.

Foram inúmeras tentativas de recolocação no mercado de trabalho que não deram muito certo, as pressões da vida para sustentar uma família, o casamento em crise e a falta de emprego fizeram agravar o estado depressivo. Toda a família se mobilizou no cuidado. Meu tio paterno financiava as consultas e levava meu pai aos médicos, minha mãe foi trabalhar fora para ajudar no sustento de casa, e eu passei a cuidar do meu pai, preparando-lhe as refeições e sendo companhia. Depois de muitas tentativas de suicídio não exitosas, num dia pela manhã, meu pai acordou e foi embora. Nunca mais tivemos notícias a seu respeito.

O segundo caso que venho relatar aqui é de um tio materno chamado José Antônio, vulgo Zé Timóteo. Esse apelido lhe foi posto quando, num dia de festa em que ele foi convidado ao palco para tocar com o Agnaldo Timóteo. A história do meu tio é a seguinte... Ele era o filho de Djanira e Joaquim, sendo o mais velho de doze irmãos nascidos em Carrancas, no sul de Minas Gerais. Meu avô se mudou para Volta Redonda para trabalhar na tal Companhia Siderúrgica, deixando seus filhos e esposa em Minas e indo visitá-los somente em tempos de folga.

Meu tio, sendo o mais velho e já adolescente, ajudava sua mãe com a roça e nos cuidados de seus irmãos mais novos. Minha avó materna veio a óbito na décima terceira gravidez e meu tio presenciou seu falecimento.

Diante da perda da esposa e não podendo largar o emprego, meu avô Joaquim trouxe todos os seus dozes filhos para residir em Volta Redonda. Contudo, diante das dificuldades da vida e da necessidade de sustentar a todos eles, meu avô distribuiu as crianças na casa de parentes para que pudessem ser criados e educados. O meu tio Zé Timoteo foi o único que continuou morando com meu avô, pois poderia trabalhar para ajudar no sustento da casa.

Zé, meu tio, perdeu a sua adolescência ao ser inserido no mercado de trabalho, sofreu na dissolução de sua família e tinha consciência de que todos os seus irmãos eram agredidos fisicamente por suas famílias adotivas. Aos 19 anos, meu tio teve a primeira crise psicótica dentro da empresa onde ele trabalhava. Foram sucessivas crises que o fizeram ser diagnosticado com esquizofrenia. A partir do diagnóstico, meu tio foi aposentado quando tinha aproximadamente 23 anos e a partir daí passou por algumas internações em hospitais psiquiátricos e, posteriormente, com a Reforma Psiquiátrica, passou a ser usuário do CAPS.

Pensar nesses adoecimentos me faz pensar na condição vivida dos negros no passado e na atualidade e em como o racismo tão presente na nossa sociedade traz privações a população negra. Enquanto escrevo eu choro, dou-me conta do desafio que é para mim escrever sobre esse tema uma vez que sou atravessada por ele. Escrever sobre saúde mental da população negra é recontar, reviver e reescrever a minha história, sendo necessário muita coragem.

Embora uma parte da história da minha família se tenha constituído por meio do sofrimento, também houve alegrias, momentos bons e produção de vida. Para falar do outro lado da moeda, vou contar a potência que é a minha mãe. Embora gostemos de associar a mulher negra a sinônimo de força, eu não consigo pensar em outros adjetivos que melhor caracterizem a minha mãe.

Minha mãe, Maria, atualmente com 61 anos, veio trazida para Volta Redonda com apenas dois anos de vida, a partir do falecimento de sua mãe. Ao chegar à cidade, ela foi adotada por um casal de tio. Nessa nova configuração familiar, minha mãe, embora sobrinha, não era validada como tal, e à medida que crescia lhe eram atribuídas tarefas de empregada doméstica. A ela cabia preparar o café da manhã, em seguida levar seus primos até a escola para então retornar a sua casa e se arrumar para ir para a sua escola. Não havia conforto nenhum naquela casa, tampouco afeto. Minha mãe dormia no chão e relata que ouvia barulho dos ratos passeando pela casa durante a madrugada, e isso a deixava com muito medo.

Na adolescência, cansada das violências físicas e morais que sofria, resolveu se mudar para o barraco onde seu pai biológico morava. Esse movimento diaspórico foi feito por todos os irmãos, que abandonaram suas respectivas famílias para retornarem para o lar. A vida no barraco era vivida com muita dificuldade financeira, mas não faltava o principal para uma família: o amor. Por meio do trabalho como empregada doméstica minha mãe foi conquistando seu espaço na sociedade. Na vida adulta se casou com meu pai e dessa relação teve três filhos. A vida era boa.

Nesse embalar da história, me lembro de uma fala do Guimarães Rosa (1956, p. 318): “O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta”. E com a minha mãe foi exatamente assim. Minha mãe cuidou do meu pai diante do adoecimento dele e do meu tio Zé Timóteo após o falecimento do meu avô. Com ela eu aprendi a preparar a comida para colocar na sonda de gastrostomia que meu pai usava, aprendi a controlar os horários do remédio, aprendi a limpar a casa, com ela eu aprendi a cuidar.

Minha mãe cuidava quando era empregada doméstica, cuidava ao levar seus primos à escola, cuidou de seus familiares e agora produz cuidado como enfermeira, servidora pública de um município. Mesmo com todas as dificuldades da vida, ela conseguiu terminar o ensino médio e aos 40 anos concluiu o curso Técnico de Enfermagem. Se o racismo produziu morte, minha mãe produziu vida. Se o racismo produziu adoecimento, agora ela produz saúde. Maria, o arrimo da família. Que mulher! Que potência!

Como se vê na atualidade, muitas mulheres são os pilares de suas famílias, delas provêm o sustento, a lei e o afeto. E na política do cuidado percebemos a eficiência da matripotência (poder espiritual e material) da mulher negra viabilizando o viver. Assim, direcionar meus estudos para esse tema foi para fazer justiça ao meu pai e ao meu tio, mas também para enaltecer grandeza de minha mãe, pois por muito tempo acreditou-se no adoecimento mental com viés religioso, de indisponibilidade do sujeito ou falta de esforço para manter a mente saudável. Eles tiveram que sacrificar seus corpos adoecidos para tentar dar conta dessa encomenda e sem sombra de dúvidas se culpabilizaram por dar tanto trabalho as suas famílias, quando na verdade o adoecimento que os acometeram, estruturados no racismo, tinham por base questões sociais, econômicas e familiares.

Define-se saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Segre, 1997, p. 539), porém cabe a nós nos questionarmos: O que seria “completo bem-estar físico, mental e social? Sobre quem (população) estavam pensando quando cunharam esses conceitos a respeito de saúde, ou, ainda, será que é possível atingir essa plenitude em saúde? Se levamos em consideração que fatores como o estresse, a solidão, as dificuldades financeiras, saneamento básico, a violência etc. causam interferências na produção e manutenção de saúde de um indivíduo, e sendo a população negra alvo e fim dessas violências (necropolítica) e que desde o tráfico negreiro a população negra tem estado em situação de vulnerabilidade social, financeira e emocional, o que seria ofertar saúde para esta comunidade?

Por entender o racismo um conjunto sistemático de discriminações que têm a raça como seu fundamento, que se manifesta por meio de práticas que culminam em desvantagens ou privilégios para os indivíduos e que se distribui e se reproduz âmbito da política, da economia e das relações cotidianas (Almeida, 2019), e por ter vivenciado um pouco desse sofrimento é que me comprometo politicamente com a

construção desta pesquisa, acreditando que se o racismo não gerar adoecimento, no mínimo, impõe sobre o corpo negro um fardo muito pesado, uma tensão constante.

Para lidar com as afetações que tais adoecimentos geraram em mim, eu fui cuidar da minha saúde mental, elaborar minhas dores e desconstruir algumas representações negativas do adoecimento psíquico que circulavam pela minha família. Nesse processo de autocuidado, fui estudar e foi assim que me inseri dentro da Psicologia. Durante a graduação não tive contato com leituras e/ou pesquisadores negros, tampouco com a questão do racismo como elemento fundante da nossa sociedade e da nossa psique.

Foi então no meu processo de tornar-me negra (Santos, 2021) que comecei a pesquisar sobre a intersecção do racismo com a saúde mental. Essas pesquisas (Santos, 2021; Fanon, 2008; Batista, 2017; Kilomba, 2019; e outros) têm denunciado como o racismo está presente em vários espaços e tem contribuído, juntamente com o Movimento Negro, na formulação de políticas públicas de saúde (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra) e nas orientações técnicas dos Conselhos (Relações raciais: referências técnicas para atuação de psicólogos/as; Nota Técnica sobre o trabalho de assistentes sociais e a coleta do quesito Raça/Cor/Etnia).

Ter acesso a esse material trouxe um acalanto na alma e agora por meio da minha dissertação posso dar voz aos meus afetos. O racismo, conforme discutido por autores acima citados, produz barreiras de acessibilidade aos serviços, impede ou atrapalha a inserção de pessoas negras na vida contemporânea, além de produzir corpos conformados com as representações que lhe são impostas. “Uma vez que falar é existir absolutamente para o outro” (Fanon, 2008, p. 33)., eu quero ousadamente representar meu pai, meu tio, minha mãe e outras pessoas que por muito tempo foram ou têm sido silenciadas em seu sofrimento.

No entanto outra verdade se impõe nesse meu processo de pesquisar: o fato de termos políticas públicas voltadas para a população negra, não garante a sua aplicabilidade nos serviços de saúde. É dentro dessa contradição, na produção de cuidado e a negligência no conhecimento das intersecções que atravessam a subjetividade negra, que me proponho a pesquisar os efeitos do racismo na saúde mental, da população de Valença, demonstrando a importância desta discussão, à luz da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). O meu

objetivo é relacionar os efeitos do racismo na saúde mental do usuário do CAPS II em Valença, demonstrando a importância desta discussão, à luz da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Especificamente, nos próximos capítulos, proponho os seguintes debates:

- Identificar e mapear as práticas de cuidados em saúde mental existentes no CAPS;
- Identificar e mapear práticas de autocuidado dos usuários do CAPS; e
- Analisar, juntamente com os usuários do CAPS, situações cotidianas de racismo e o impacto delas nos âmbitos individual e coletivo.

2 TERRITORIALIZAÇÃO E RETERRORIZAÇÃO: CAMINHOS METODOLÓGICOS

Informações, saberes e expectativas precisam ser deixados na porta de entrada, e o cartógrafo deve pautar-se sobretudo numa atenção sensível, para que possa, enfim, encontrar o que não conhecia, embora já estivesse ali, como virtualidade (Kastrup, 2009, p. 48-49).

Começo a escrita deste capítulo fazendo uso de Kastrup (2009), pois foi exatamente o contrário do que eu fiz quando me encontrei com o território e agora no final dessa jornada – e início de outras tantas –, consigo perceber como todo esse meu devir pesquisadora-cartográfica, embora permeado por muitas angústias, foi, sobretudo, um processo pedagógico.

A minha trajetória como pesquisadora se inicia com o desejo de pesquisar a saúde mental da população quilombola do município de Valença. Silva (2016) diz que esse quilombo foi formado a partir de uma grande família de cerca de 200 descendentes dos casais Tertuliano e Miquelina e Pedro Cabinda e Militana, tornando-se um quilombo abolicionista, na medida em que acolheu muitos daqueles que fugiram de outras fazendas às vésperas da abolição da escravidão.

Louzada (2017) discorre que o espaço onde o quilombo se formou era um destinado à confraternização dos escravos, um lugar de diálogos nos dias de trabalho e até mesmo nos dias de folga, um lugar também para festividades culturais e religiosas, explicando, assim, dentre outros fatores, a sensação de pertencimento àquelas terras e a permanência nestas no pós-abolição.

A cultura jongo e do caxambu, além da religião (umbanda), tem sido marca da ancestralidade deste povo. Junto com os terreiros, outro local sagrado da comunidade é a pedreira onde vive uma centenária e gigantesca árvore de jequitibá. “É como se fosse nossa matriarca, um refúgio de fortaleza. Quando alguém tem alguma doença, vem rezar e é atendido”, diz Dona Maria Santinha do Nascimento Roque (Silva, G., 2016).

Quanto mais eu me empenhava em conhecer essa comunidade, mais aumentava o meu desejo de estar com eles e conhecer seus modos de vida, de conhecer suas lutas, o modo como cuidavam da saúde e, sobretudo me conectar com minha ancestralidade. Esse momento pré-entrada no território foi permeado por muitas fantasias e por algumas certezas dentre as quais o fato de eu ser uma

mulher negra em busca da minha ancestralidade. Eu dava como certa minha entrada no quilombo e tinha a ideia fixa de morar um tempo com eles para ter uma vivência completa, dentro da perspectiva étnico-cartográfica.

Contudo, assim como na vida, a trajetória do pesquisador não é uma linha reta entre os pontos A e B, e foi aqui que comecei a entender do que se tratava a cartografia. Explico: entrei em contato com o líder do quilombo solicitando a minha entrada no espaço para que eu pudesse colocar minha pesquisa em prática. Foi uma surpresa quando ele me disse que não estava aceitando pesquisadores, apenas turistas. Eu seria muito bem-vinda para passar um dia e conhecer o quilombo desde que eu estivesse destituída do meu papel de pesquisadora.

Ainda tentada a negociar, propus ao líder do quilombo tomar um café da tarde em alguma padaria do distrito de Santa Isabel para que eu pudesse lhe explicar pessoalmente quais eram as minhas intenções, mesmo assim ele recusou o encontro e manteve firme sua posição. Desse meu encontro (via WhatsApp) com o líder do quilombo, entendi que minha jornada de pesquisadora não seria tão simples e que eu não contava com nenhum tipo de privilégio por ser uma mulher negra, acima de tudo entendi sobre aquilombamento e proteção enquanto forma política de autocuidado. Como disse Paula Cerqueira durante nossos processos de orientação (2022), eu fui surpreendida pelo instituído.

Esse primeiro obstáculo que encontrei na tentativa de acessar o quilombo veio seguido de tantos outros. O fato de não haver transporte público até o Quilombo São José e que de Santa Isabel até o quilombo eu deveria trilhar 12km, totalizando 24km ida e volta, a pé, fazia surgir um outro fator limitante, não somente de ordem geográfica, mas também econômica. Esses interditos/obstáculos exigiram de mim uma reorganização da pesquisa e não somente da pesquisa, mas do meu corpo neste lugar.

Destituída de minhas certezas, precisei pensar em outras estratégias que me levassem até o território – pelo menos para que eu pudesse, *a priori*, transitar como turista e ir me inserindo naquele espaço, e então ganhando a confiança daquela comunidade e me encontrando com a minha ancestralidade. Diante disso tentei utilizar os carros oficiais da prefeitura a fim de pegar uma carona quando os técnicos fossem prestar algum tipo de serviço aquela comunidade. Me foi ofertado o transporte desde que eu fizesse um serviço voluntário de mapeamento das famílias quilombolas, gerando dados para o serviço público. Aqui foi me atribuída pelo

ofertante mais um papel: além de pesquisadora, eu seria a colaboradora da prefeitura.

Durante orientação coletiva da linha 3, que acontece sempre às sextas pela manhã, eu expus as minhas dificuldades no território e nas estratégias (hoje eu entendo como equivocadas) para acessar o quilombo. Uma série de provocações me foram feitas, dentre as quais o fato de que, ao acessar o quilombo por meio de um equipamento institucional, eu estaria tendo um comportamento muito violento, uma vez que a liderança local já havia colocado um interdito na minha presença enquanto pesquisadora. Um leque de outras possibilidades, menos violentas, se abriu para mim, e pude refletir sobre e ver que outros caminhos seriam possíveis. Inclusive o fato de entender o quilombo como uma prática de vida e não restrito a um espaço geográfico.¹

Diante das pontuações/orientações que recebi neste dia e na qualificação do mestrado, decidi trilhar um outro caminho. Que caminho seria este? Eu acessaria o quilombo por meio dos serviços públicos (CAPS, CRAS, CReas, Hospital etc.) e até mesmo religiosos para entender as demandas daquela comunidade e como ele se organizava para cuidarem de si e como o serviço público ofertava práticas de saúde, considerando as especificidades daquela população. Resolvi então começar a minha pesquisa pelo CAPS 2 primeiramente porque era mais próximo ao meu local de trabalho e em função disso seria mais fácil o deslocamento entre ambos.

2.1 O CAPS 2...

Me apresentei ao CAPS mostrando meu Projeto de Pesquisa e fui muito bem recebida pela coordenação do equipamento. Comecei a frequentar as reuniões de equipe e as oficinas. Mas as demandas apresentadas pela instituição (usuários, equipe, produção de cuidado e normativas) me foram atravessando e me convocando a pensar as práticas de cuidado que circulavam pelo CAPS a contraponto da Reforma Psiquiátrica, de modo que o problema do racismo como produtor de adoecimento se tornou, num primeiro momento, um problema secundário.

¹ Esta concepção de quilombo me foi apresentada pelo Luis Eduardo Batista sendo este um dos componentes da minha banca de qualificação em 2022.

Ao me inserir na rotina do CAPS, começar a frequentar as oficinas e as reuniões de equipe fui novamente surpreendida pelo instituído quando percebi que nas oficinas não havia diálogo com os usuários, as atividades realizadas eram destituídas de sentido e quase sempre eram desenhos retirados da internet; nas reuniões de equipe não havia discussão de caso e apenas seu repasse. Percebi que eles não conheciam a história de vida da maioria dos usuários, que eles operam a produção e cuidado por meio de tecnologias duras e que a equipe não estava paralisada diante de um número excessivo de demandas carregadas de complexidade.

Entendendo o que “a micropolítica de organização do trabalho no equipamento revelava, especialmente na atividade clínica, um núcleo do cuidado que operava um processo centrado na lógica instrumental, prescritiva, de produção do cuidado, fortemente centrada nas tecnologias duras e leve-duras” (Merhy; Franco, 2012, p.158), me vi implicada na construção de uma outra prática de cuidado que considerasse o desejo e a gerência do usuário sobre a própria vida.

Considerando que “o trabalho em saúde tem compromisso com necessidades sociais e com as necessidades de seu usuário direto e que esse usuário direto busca o consumo de ações de saúde que lhe proporcionem algo com valor de uso fundamental – mantê-lo vivo e com autonomia para exercer seu modo de andar a vida” (Merhy; Feuerwerker, 2016, p.63) –, optei por trocar meu objeto de pesquisa e me voltei para a produção de cuidado, o racismo e a saúde mental da população negra em Valença.

Neste momento, em que me sento para escrever, sou tomada por uma angústia. Como colocar todos esses atravessamentos que me invadiram na minha estadia no CAPS e os articular com o racismo?

Começo então a falar sobre como se dá a construção da subjetividade da população negra e como esse processo é permeado pelo racismo. Em seguida me volto para a Reforma Psiquiátrica e o CAPS 2 em Valença. Por último, trago para a discussão, e como resultado da pesquisa, o modo como os usuários negros conseguem escapar das lógicas manicomiais perpetuadas por este equipamento subvertendo a ordem ao criarem seus próprios movimentos.

3 O RACISMO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE NEGRA

O conceito de raça foi criado no intuito de segregar, oprimir, desumanizar, massificar o grupo dominado, racializado, com fins econômicos. “Os iluministas fizeram do que não é o espelho da Europa a imagem do atraso, do desumano, que precisaria, na melhor das hipóteses, ser conduzido (adestrado) para se adequar ao modelo europeu” (Andrade, 2017, p.294). “Quanto mais afastado desse espelho, mais primitivo e necessitado de guia. Quanto mais afastado desse espelho, mais necessitado de que lhe digam quem é e como deve ser” (Teixeira, 2021, p. 140).

Desde então, o racismo, fruto desta ideia de raça, segue se reatualizando e ganhando maior sutileza, e é difícil chegar a uma conceituação única. Contudo mais interessante que a existência de um conceito é analisarmos a lógica engendrada no racismo, que carrega nele, de modo simultâneo, “três características: a primeira é a construção da diferença; as diferenças ligadas a valores hierárquicos; e as diferenças vinculadas ao poder histórico, político, social e econômico [supremacia branca]” (Kilomba, 2019 p. 75-76).

O racismo não se trata de uma questão biológica, estando por sua vez, atrelado aos campos do biopoder e da biopolítica. Segundo Almeida (2019, p. 21), “o neocolonialismo, em sua estratégia de política e de reorganização do capital, assentou-se no discurso da inferioridade racial dos povos colonizados que, de acordo com seus formuladores, estariam fadados à desorganização política e ao subdesenvolvimento”.

Almeida (2019, p. 24) ainda desenvolve que “O racismo torna-se, portanto, um processo em que condições de subalternidade e de privilégio se distribuem entre grupos raciais (grupos não brancos) e se reproduzem no âmbito da política, da economia e das relações cotidianas”. Nesse ponto, “[...] o racismo, enquanto processo político e histórico, é também um processo de constituição de subjetividades de indivíduos cuja consciência e os afetos estão de alguma forma conectados com as práticas sociais” (Almeida, 2019, p. 40).

Estando diretamente ligado à ordem do discurso, a questões político-econômicas e ao poder definindo direitos, deveres, hábitos, cultura, crenças e a ideia de pertença, o racismo define quem pode pertencer e ocupar determinados espaços e quais grupos terão direitos e acesso a determinados serviços. Dizemos que o racismo é estrutural justamente por ele estar na base das instituições que

compõem a nossa sociedade, criando e determinando modos de vida. Isso significa dizer que ele se encontra na música, nas artes, nas famílias, nas igrejas, nas instituições de direito, de ensino, na saúde etc., privilegiando brancos e dificultando o acesso das populações que estão na margem. Logo,

O racismo e as demais modalidades de dominação estão, simultaneamente, fora e dentro do sujeito. Estão na dimensão macroestrutural (na ideologia, na cultura, na economia...) e na subjetividade, por isso mesmo não é simples desconstruí-los, pois são garantidos pela estrutura tanto quanto por sujeitos em suas interações sociais. Não basta dizer que o racismo é estrutural nem mesmo pensá-lo apenas na ótica dos efeitos psíquicos. É preciso considerar o “e”, o que liga e separa/o que põe em continuidade ou em conflito o sujeito e a estrutura (Costa, 2020, p. 85).

Em se tratando da subjetividade, o racismo estereotipiza o corpo negro ao atribuir sentidos que se fixam no sujeito, tais como o tamanho do órgão genital do homem negro, a potência sexual, a força física, o negro como sinônimo do feio e do mal ou ainda a visão do sujeito que oferece perigo e por isso precisa ser dominado. Muitas vezes, o sujeito, consciente ou inconscientemente, se vê na obrigação de assumir esses rótulos perante a sociedade. Portanto podemos afirmar que o negro está sempre tendo que lidar com as representações fantasiosas criadas pelos brancos, quer seja na assunção de papéis, quer seja para desconstruí-las.

Hall (2016, p. 31), ao discutir o conceito de representação, aponta um uso recorrente do termo, “que é o de utilizar a linguagem para inteligivelmente, expressar algo sobre o mundo ou representá-lo a outras pessoas [...] Representação é uma parte essencial do processo pelo qual os significados são produzidos e compartilhados entre os membros de uma cultura”. Ainda para o autor, “o sentido não está no objeto, na pessoa ou na coisa e muito menos na palavra. Somos nós quem fixamos o sentido tão firmemente que, depois de um tempo, ele parece natural e inevitável” (Hall, 2016, p. 41).

Portanto falar de representação, dos discursos e dos sujeitos, requer uma análise sócio-histórico-cultural, pois são esses fatores que produzem o próprio sujeito.

No que se refere à questão do negro, percebe-se uma representação única sobre este corpo, escapando territórios geográficos consequência do processo colonização. Conceitos e significados fixados no corpo negro que criaram e ainda hoje sustentam uma sociedade racializada e racista.

“O sujeito negro torna-se então tela de projeção daquilo que o sujeito branco teme reconhecer sobre si mesmo. [...] Em outras palavras nós (negros) nos tornamos a representação mental daquilo que o sujeito branco não quer parecer [...]” (Kilomba, 2008, p. 37). Essa representação negativa interfere na vida do negro e o coloca muitas vezes em situações de vulnerabilidade social e psicológica, produzindo efeito na autoestima e a construção da personalidade de um indivíduo. Dentro disso,

Assumir-se negra(o) é tarefa consciente e fruto de trabalho psíquico denso. Negar-se é tarefa complexa inconsciente. É a tentativa de tirar da consciência aquilo que é insuportável. Do ponto de vista do sujeito psíquico, a palavra usada ou silenciada pelo negro para definir a cor de sua pele e seu modo de vida funciona como arma, como manobra exercida diante do aviltamento antigo e atual imposto a ele; é ferramenta para conter a violência imposta (Costa, 2018, p. 229).

É nesse contexto que se faz necessária a construção de uma representação positiva da negritude. Dar ao sujeito a possibilidade de se contar sob outros pontos de vista, podendo construir ou reconstruir sua identidade, pois “o ato de contar-se pode remeter o sujeito que fala à busca de um sentido, de uma compreensão, principalmente quando se é ingenuamente indagado sobre este lugar de origem” (Mairesse; Fonseca, 2002, p. 113).

Discutir o conceito de representação do negro na sociedade colonial nos ajuda a ter uma melhor compressão de como se dão os processos identitários desse sujeito. Para a Psicanálise, a construção da subjetividade de um indivíduo começa muito antes de sua pré-concepção e há uma virtualidade quanto ao bebê que chegará ao seio familiar requerendo desses pais planejamento de suas vidas para a chegada desta criança, isto é, no mundo branco. Se esse pressuposto for verdade, também é verdade que planejamento familiar idealizado e justificado por tal ciência quase nunca se dá quando estamos discutindo a formação de uma família negra.

Sobre o investimento libidinal, termo criado pela Psicanálise para dar nome às fantasias que os pais precisam desenvolver em relação aos seus filhos, entende-se que a escolha do nome, a ideação sobre como a fisionomia ou a personalidade do bebê, o planejamento da rotina após o nascimento, o planejamento da carreira profissional do casal, a busca por uma rede de apoio, as atividades que os pais gostariam de inserir o filho na rotina do filho, e todos os outros ajustes que a família precisará fazer com o nascimento do filho antecedem, por vezes, a gestação e não

cessam após o nascimento. É nesse mundo fabricado que a criança vai sendo inserida e formando sua identidade. Esse processo de idealização da criança é um importante processo da construção da subjetividade devir bebê-criança.

Segundo Piccinini *et al.* (2004), a literatura indica repercussões tanto positivas quanto negativas da presença das expectativas da mãe para a maternidade, para o psiquismo do bebê e para a relação entre a dupla. Os aspectos positivos envolvem, principalmente, a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe a fim de começar a existir enquanto ser humano. As expectativas são consideradas negativas quando não há espaço para o bebê assumir sua própria identidade, ou seja, quando a mãe não consegue aceitar a singularidade de seu filho e abandonar sua carga maciça de projeções.

Passos (2023, p. 42-43), na discussão sobre a colonialidade do cuidado, discorre algumas características que atravessam o corpo da mulher negra quando do seu desejo de maternar, dentre elas está o fato de, ao longo do processo de maternagem, “descobrir que o corpo negro é matável e exterminável”. E esse extermínio é autorizado e executado pelo Estado. Outra característica diz a respeito de “práticas discursivas racistas e sexistas que propagam no imaginário social a concepção de que as mulheres negras possuem uma capacidade de suportar a dor muito maior do que as outras”.

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) apontam que a mães negras com no mínimo seis consultas, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, foi de 69,8%; ao passo que, entre as brancas, essa proporção foi de 84,9%. As orientações acerca dos sinais de risco na gravidez foram de 75,2% entre a população geral de mulheres: 80,8% das brancas receberam essa orientação, enquanto 66,1% das pretas e 72,7% das pardas receberam essa mesma informação. Em relação à mortalidade materna em 2012, 60% eram de mulheres negras e 34% de brancas (MS/SVS/CGIAE), sendo que cerca de 90% dos óbitos poderiam ter sido evitados.

O processo de maternagem da mulher preta não é tão cheio de romantismo como nos querem fazer crer a Psicologia do Desenvolvimento e a Psicanálise, pois é um período também marcado pelas violências impetradas pelo racismo. Em função desse descaso na saúde, mulheres negras têm mais baixa expectativa de vida e costumam ser cercadas por riscos durante o período gestacional. Essa fase pode ser particularmente complicada, diante das pressões sociais e das condições

socioeconômicas por vezes precária, e torna-se mais provável que apresentem complicações durante a gravidez, o que configura uma questão de saúde pública. “Assim, o cuidado não é destinado da mesma forma para todas as mulheres. As determinações de raça e classe diferenciam os acessos, as possibilidades e as maneiras como esse cuidado será executado” (Passos, 2019, p. 290).

As preocupações das gestantes não se restringem ao cuidado de si, estendendo-se também para a virtualidade da relação mãe-filho e sendo um dos motivos de maior incerteza para as jovens. Isso porque, em paralelo a esse processo de investimento libidinal, também ocorrem preocupações pertinentes ao racismo e situação do negro no Brasil. Pensamentos como as possíveis violências que a criança sofrerá ao longo de sua vida, quer seja na escola ou numa abordagem policial, e a preocupação em educá-lo para ser um sujeito politizado conhecedor dos seus direitos, mesmo sabendo que muitas vezes isso lhe será negado pelo Estado, as questões estéticas etc., atravessam o período da gestação e coloca a gestante num sofrimento que se justifica e se reatualiza constantemente.

Ainda conforme Passos (2023) a maternagem no período colonial guarda semelhança com a da modernidade, uma vez que permanece a manutenção do papel social do negro e das violências que atravessam seus corpos. Assim como era impedido a mulheres negras gestar e/ou gestar e cuidar de seus filhos, mesmo hoje vemos mulheres que não podem acompanhar de perto o crescimento dos filhos em função do trabalho ou estão ainda porque a vida do mesmo é ceifada pela violência social.

Num vídeo produzido pela página do YouTube do *Quebrando o Tabu*, publicado em julho de 2020, é possível escutar relatos de mães sobre a maternidade:

Para cada aniversário de meu filho, eu celebro a vida dele, mas eu me desespero porque eu sei que ele está se aproximando em deixar de ser o menininho bonitinho, engraçadinho, para ser o alvo perverso das mais diversas formas de violência.

O Akin é uma criança que gosta muito de ler, se concentrar. Ele tem pouco movimento de expansão. Ontem, ele começou a ouvir a música eu percebi que ele estava assim [gestos de movimentação do corpo].

Falei: “Filho, lembra que nosso corpo é de África, nosso corpo tem um movimento.” Aí eu falei assim “Nossa meu filho está dançando, ele está fazendo movimentos bruscos, ele está se soltando”. Depois eu pensei, qual

vai ser o momento que eu vou ter que dizer para ele “Não faça movimentos bruscos. Não movimente me filho”; “Não é pra correr não é pra eu correr, não é pra correr”; e que ele precisa estar com RG no bolso?

No Brasil, a maioria das vítimas de intervenções policiais com resultante em morte é de jovens, negros e do sexo masculino. (Bueno *et al.*, 2020, p. 89). Nessa direção, Alves (2011, p.109) acrescenta que é preciso entender “a violência estatal – em suas múltiplas faces [...] violência estatal não apenas as já banalizadas práticas policiais de extermínio e massacre nas favelas, a segregação espacial, a negação sistemática dos direitos de cidadania, as mortes evitáveis nas filas dos hospitais públicos”. No contexto de extensas disparidades sociais e raciais no Brasil, torna-se evidente que os jovens afrodescendentes enfrentam limitadas oportunidades de acesso. Nesse panorama, restam escassas alternativas para uma existência plena e para a construção de um sentido de pertencimento social. (Souza *et al.*, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2018, p. 17-23), entre os anos de 2012 a 2016, a proporção de suicídios entre negros aumentou em comparação às demais raças/cores e foi de 53,3% em 2012 para 55,4% em 2016. O percentual de suicídios aumentou entre os pardos (em 2012, 46,2%; e, em 2016, 49,3%), e as principais causas associadas ao suicídio em negros são:

- a) o não lugar,
- b) ausência de sentimento de pertença,
- c) sentimento de inferioridade,
- d) rejeição,
- e) negligência,
- f) maus tratos,
- g) abuso,
- h) violência,
- i) inadequação,
- j) inadaptação,
- k) sentimento de incapacidade,
- l) solidão,
- m) isolamento social.

Em 2016, os adolescentes negros apresentaram um risco 67% maior de suicídio do que os adolescentes brancos, isto significa que a cada 100 suicídios em adolescentes brancos ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros. No Rio de Janeiro, no ano de 2019, o percentual de suicídios em pardos e pretos aumentou; e, em relação ao percentual de notificações de violência autoprovoçada, o percentual de negros permaneceu maior que o de brancos no estado no biênio, representando mais da metade das notificações (Rio de Janeiro, 2020).

De acordo com dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica de Valença², de 2018 a 2022 ocorreram 19 suicídios, sendo 9 deles de pessoas negras com maior incidência no sexo masculino na faixa etária de 30 a 39 anos. No entanto, essas informações sobre raça do (a) falecido(a) só foram viabilizadas por meio do Instituto Médico Legal, não sendo possível obter outros dados que apontem para tentativas de suicídio ou qualquer outro tipo de comportamento que indique um sofrimento psíquico, uma vez que os serviços de saúde do município não fazem o recorte racial.

A ausência de dados consistentes quanto à população negra do município de Valença nos aponta para uma tentativa de apagamento da história escravagista da cidade, bem como da negação dos corpos negros que aqui habitam. O item raça/cor é de extrema importância, pois a sua consideração nos levantamentos e coletas de dados torna possível mapear as condições de vida e de saúde do negro e permite chamar atenção para estigmas e discriminações.

Dados como esses nos apontam para um sofrimento ininterrupto pelos quais passam as famílias negras no devir-filho negro, fixando-os sempre num lugar de muita tensão, e para o entendimento de que o período de gestação da mulher preta está longe de ser um processo tranquilo e seguro. Isso também porque o racismo é uma variável constante que denota um conjunto de práticas e saberes que legitima danos e reitera processos não saudáveis de subjetivação.

Na tentativa de proteger e evitar que seu filho sofra com as violências do racismo, os pais acabam, por vezes, reproduzindo as violências que sofreram e que

² Pessoalmente, obtive do Setor de Epidemiologia de Valença, na prefeitura, dados das notificações de óbito por suicídio no município, mas que são para controle interno e organizados de modo independente pelas funcionárias, isto é, não são dados oficiais, tampouco passaram por métodos rígidos de coleta, seleção e análise. A instituição me forneceu os dados e explicou que, nos casos de suicídio, os corpos são enviados para outra cidade, pois Valença não tem Instituto Médico Legal próprio (IML), órgão responsável pela declaração de cor, então o Setor declara raça conforme o IML. Adiciono que a Polícia Militar também não faz a declaração racial.

marcaram seus corpos. Essa dinâmica faz com que a violência emergja no ambiente familiar e ali permaneça, e este ciclo não é rompido.

Quando falamos de reprodução da violência dentro da estrutura familiar estamos falando de situações nas quais crianças são orientadas a negarem sua negritude por meio de artefatos (por exemplo, o ato de colocar um pregador de roupa no nariz para afiná-lo, ou as meninas serem iniciadas muito novas no tratamento químico para alisarem seus cabelos). Se a criança escuta de seus pais – sua primeira referência de outridade – que seu corpo não merece ser amado pois seu nariz é feio, que sua boca é muito grande ou seu cabelo é “duro” e até mesmo culpabiliza a criança por ter tais traços, insistindo para que ela adote procedimentos estéticos para que se assemelhe a padrões de beleza que não são compatíveis com os traços de seus pares, além de negar a existência da criança, os seus processos de construção de subjetividade e de autoestima são dificultados.

É preciso que surja no seio de algumas famílias negras uma tomada de consciência sobre as questões da negritude, ou seja, um letramento racial, como forma de identificar as violências impetradas pelo racismo e a sua reprodução dentro da família, pois, como ressalta Nogueira (2021), a construção da subjetividade de um indivíduo se dá na relação com o outro.

Na diferenciação do outro, eu posso construir meu eu. A identificação da criança com sua imagem especular só é possível quando a criança tem um certo reconhecimento do outro, quando a criança percebe que o outro a identifica como tal. Aqui, o seu próprio reconhecimento é facilitado, e é o olhar do outro que confirma a realidade do seu corpo na imagem do espelho. Ora, como será a construção da subjetividade da criança negra se o outro, neste caso a família, lhe nega reconhecimento e pretere suas características em nome de um padrão estético? Ainda segundo a autora, a tentativa de conciliar esse desse ideal de ego (branco) com sua “condição biológica de ser negro exigirá um enorme esforço e o conjunto desses sacrifícios pode até mesmo levar a um desequilíbrio psíquico” (Nogueira, 2021, p. 88). Podemos dizer que há, nesses pais, uma fantasia branca, um ideal de que o filho nasça mais semelhante à raça branca, para que ele não sofra as violências do racismo. Nogueira (2021, p. 90) aponta que “o desejo do embranquecimento significa o desejo de sua própria morte, do desaparecimento do seu corpo”. “Assim, o sujeito negro, ao repudiar a cor, repudia radicalmente o corpo”.

Há, portanto, uma ambivalência no sentimento parental, porque ao mesmo tempo em que se deseja e celebra a vida deste filho nega-se a existência e projeta-lhe o desejo de morte. É nesse movimento de negar o outro que há uma negação de si mesmo. Já que os filhos descendem dos pais e herdam traços fisionômicos parecidos, há então o não reconhecimento de si como sujeito.

Ao internalizar atributos negativos, que lhes são imputados, instala-se o sentimento de inferioridade, causando constrangimento na relação com seus pares e favorecendo o aparecimento de comportamentos de isolamento, entendidos, frequentemente, como timidez ou agressividade. Essa pressão emocional pode ser percebida ou lida como perturbação do pensamento e do comportamento “[...] O racismo atua negativamente na esfera intrapsíquica, afetando o eu e comprometendo sua identidade. Essa ocorrência se deve às repetidas experiências de desvalorização da auto-imagem, difundidas tanto pelas instituições como pelas relações interpessoais, e à interiorização do eu ideal europeu, branco” (Silva, M., 2005, p. 130).

Pergunta-se Nogueira (2021, p. 91): “Se o que constitui o sujeito é o olhar do outro, como fica o negro que se confronta com o olhar do outro que mostra reconhecer nele o significado que a pele negra traz como significante?”. Inverto esta pergunta para pensar numa outra lógica: Como pode o negro construir uma outra identidade ou ainda reconstruir-se sem que os parâmetros identitários sejam os da branquitude? Como forjar um olhar positivo sobre si mesmo que considere outras estéticas e que o resultado seja a produção de saúde e de afetos positivos? Como forma sua subjetividade numa outra perspectiva que não seja a colonial?

A resposta a essas perguntas são simples e fáceis, e ao mesmo tempo dotadas de complexidades. É simples quando olhamos de uma perspectiva individual e complexa porque sabemos que ninguém existe sozinho e precisa de um coletivo para existir. Como bem diz a filosofia UBUNTU: “Eu sou porque nós somos”.

“Enquanto as pessoas negras forem ensinadas a rejeitar a própria negritude, a sua história e cultura como única maneira de alcançar qualquer grau de autossuficiência econômica, ou ser privilegiado materialmente, então sempre haverá uma crise na identidade negra. Amar a negritude como resistência política transforma nossas formas de ver e ser e, portanto, cria as condições necessárias

para que nos movamos contra as forças de dominação e morte que tomam as vidas negras” (hooks³, 2019, p. 51, 53-55).

Machado (2019) destaca-se a importância de compreender que afirmar nossa identidade negra constitui, simultaneamente, um gesto político significativo. No entanto, tal atitude não deve ser tomada de maneira impulsiva; trata-se, ao contrário, de um posicionamento ético-estético. Ainda para autora,

Somos parte de uma grande teia, temos que nos conscientizar de que o processo de fortalecimento subjetivo é fortalecido pelo coletivo e o coletivo é fortalecido pelo subjetivo, somos subjetivos e coletivos, compreendendo que essa construção identitária não se dá de forma tranquila, estática, esse processo acontece mediante inquietudes, tensões, relações conflituosas, acontece dentro de um contexto comunitário e histórico (Machado, 2019, p. 70).

Toda essa revisão bibliográfica que discute a relação entre subjetividade, racismo e negritude não me são estranhas. Não pretendo aqui dizer que todas as experiências dos indivíduos negros são iguais, porém afirmar as semelhanças que atravessam tal grupo. Com isso quero dizer que, embora minha família tenha, a princípio, se constituído como uma família tradicional e que tanto eu como meus irmãos tenhamos crescido num bairro central, tido acesso a boas escolas públicas e/ou privadas, dado prosseguimento aos estudos no nível superior por meio de políticas afirmativas e nunca sofrido privação de nossas necessidades básicas (água, alimentação e moradia), isso não nos isentou de vivenciar experiências de racismo. Outras situações comuns à população negra, tal qual portar uma virtualidade perigosa, sofrer *bullying* na escola, não ser bem tratado nos serviços de saúde, ser criado por mãe solo ou ter familiares em sofrimento psíquico, reafirmam nossos lugares na sociedade: somos negros.

Assim, o cuidado, a aceitação, a valorização de si e o amor à negritude, como um modo de produção de saúde mental, ideias estas que serão melhor trabalhadas no capítulos seguintes, implica um processo decolonial⁴ do sujeito e perpassa ações micropolíticas em espaço comunitários e de coletividade, por

³ bell hooks, pseudônimo de Gloria Jean Watkins, se escreve com letras minúsculas a pedido da própria escritora com o intuito de enfatizar o conteúdo de sua escrita, e não a si própria.

⁴ Decolonial, pós-colonial, contracolonial são termos-conceitos cunhados para apontar um fazer ético-estético contrário a colonialidade. Embora os conceitos sejam semelhantes, eles trazem propostas e entendimentos diferentes no que tange a luta contra modos de vida coloniais. A minha pretensão neste trabalho não é destrinchar cada um desses conceitos, mas indicar um outro caminho possível para a produção de cuidado em saúde diferente do que está posto institucionalmente.

exemplo: os terreiros (religião); as escolas (educação); rodas de samba, grupos de capoeira e jongo (cultura e arte); processos de quilombamento na busca de pertencimento, afeto e contato com a ancestralidade, movimentos sociais (Movimento Negro) e ainda as políticas públicas (Lei nº 12.711/2012, Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009 etc.).

Não podemos aceitar que a história do negro no Brasil, seja entendida apenas por meio do academicismo. Devemos fazer e contar a nossa história (oralidade), buscando nós mesmos (ancestralidade), explorando ativamente nossas experiências (confluência), confrontando nosso inconsciente, lidando com nossas frustrações e complexidades. Só assim poderemos nos entender e nos fazer aceitar como somos (Nascimento, 2021). Assim,

Não silenciar, fortalecer nossos processos identitários, de pertencimento, conhecer nossa história é um instrumento de luta contra o racismo, a xenofobia, a criminalidade... Por conseguinte, a formação para o re-conhecimento da nossa ancestralidade, o re-conhecimento de nossa origem proporciona uma consciência política, cultural, ética e estética, o que fortalece nossa luta, nosso pertencimento, encantando (Machado, 2019, p. 69).

Percebo também que

Precisamos e devemos codificar nossa experiência por nós mesmos, sistematizá-la, interpretá-la e tirar desse ato todas as lições teóricas e práticas conforme a perspectiva exclusiva dos interesses das massas negras. Esta se apresenta como a tarefa da atual geração afro-brasileira: edificar a ciência histórico-humanista do quilombismo (Nascimento, 2021, p. 263).

Dentro dessa perspectiva, todos esses intersetores discutidos até aqui nos mostram como se tem dado a constituição do sujeito negro em nossa sociedade e que reverbera na saúde ou na ausência dela. Tendo em vista que “a saúde mental resultado de variadas e complexas relações entre fatores biológicos, psicológicos e sociais [...] considerando também que a exposição a eventos de vida traumáticos e estressantes é apontado como um fator propulsor de possíveis alterações emocionais negativas na saúde mental dos indivíduos e nas suas vidas de modo geral” (Alves; Rodrigues, 2010 *apud* Alves; Lucena, 2021, p. 161), precisamos discutir a saúde da população negra considerando as intersecções que

atravessam tais corpos pois “esses são fatores que podem levar a população negra ao sofrimento psíquico, em formas e intensidades diversas” (Brasil..., 2016, p. 24).

Portanto, ao falarmos sobre saúde da população negra, precisamos considerar todos os afetos e intersecções que perpassam a vivência negra e entender que, embora haja semelhanças, todo sujeito é portador de uma história única, então é necessário sempre evidenciar nos atendimentos em saúde os marcadores raça e gênero. Precisamos também, enquanto trabalhadores da saúde, não somente garantir um espaço de escuta para que o paciente/usuário possa dar voz aos seus afetos, mas reconhecer que esse sujeito que fala é um sujeito sabido sobre si, sobre seu corpo e sobre a vida (Merhy, 2020, informação verbal)⁵.

Outro fator a ser considerando quando se fala da subjetividade negra e o racismo enquanto fator preponderante ao adoecimento de tais pessoas se refere ao posicionamento adotado ao longo dos anos pela Psicologia e pela Psiquiatria.

A Psicologia e a Psiquiatria, historicamente, desempenharam um papel significativo na construção de estereótipos raciais que associavam a população negra a comportamentos perigosos e à criminalidade. A partir dessa perspectiva distorcida, os novos cidadãos foram frequentemente rotulados como "perigosos" ou "problemáticos", levando à sua criminalização e à marginalização. Essa visão reducionista alimentava uma narrativa que justificava seu encarceramento ou internação em instituições psiquiátricas, perpetuando ciclos de opressão.

A psiquiatria, em particular, muitas vezes patologizava comportamentos que eram, na verdade, reações a contextos sociais opressivos. Diagnósticos que desconsideravam as condições sociais e econômicas enfrentadas pela população negra contribuíram para a ideia de que suas dificuldades eram inerentes e não resultantes de um sistema racista.

Instituições psiquiátricas tornaram-se locais onde a população negra era sistematicamente segregada e tratada como "anormal", reforçando estigmas raciais e sociais. Essa dinâmica não apenas perpetuou a exclusão e a desumanização, mas também consolidou a ideia de que a diferença cultural era sinônimo de patologia, um reflexo das crenças racistas que ainda ecoam nas estruturas sociais contemporâneas.

⁵ Proposição feita pelo professor Mehry durante aula virtual em 2020.

Em 2021, a Associação Americana de Psicologia (APA) reconheceu que “falhou em seu papel de liderar a disciplina da psicologia, sendo cúmplice em contribuir para desigualdades sistêmicas e prejudicando muitos por meio do racismo, discriminação racial e difamação de comunidades de cor ” (American Psychological Association, 2021).

Assim fica evidente como essas ciências serviram aos interesses da elite branca, que temia uma revolta negra. Para essa elite, a contenção dos corpos negros, seja nas prisões ou nos manicômios, representava uma forma de controle e garantia de segurança, eliminando qualquer ameaça ao seu poder.

No próximo capítulo, abordarei como se deu a escolha do território de pesquisa e os critérios que foram considerados nesse processo, como as características sociais, culturais e geográficas do local, além das particularidades da população estudada.

4 A METODOLOGIA E A CONSTRUÇÃO DO TERRITÓRIO DA PESQUISA

Valença, apelidada como “princesinha da serra”, está localizada no interior do estado do Rio de Janeiro, possui uma história rica, diretamente ligada ao desenvolvimento do ciclo do café no Brasil, especialmente no século XIX. Sua formação ocorreu em meio à expansão das atividades econômicas, como a agricultura e a pecuária, com raízes profundamente coloniais. Sua localização estratégica no Vale do Paraíba, próxima a importantes rotas comerciais, também contribuiu para o seu crescimento.

A economia cafeeira de Valença, assim como em outras regiões do Brasil, foi sustentada pela mão de obra escravizada. Milhares de pessoas negras foram forçadas a trabalhar nas plantações de café, o que foi crucial para a riqueza e o crescimento da cidade nesse período. A intensa exploração do trabalho escravo é um elemento fundamental da história de Valença e de sua estrutura social.

A trajetória de Valença revela a complexidade de um processo de formação que conciliou interesses econômicos, como o café, com uma profunda desigualdade social, marcada pela escravidão e pela exploração de negros e indígenas.

Atualmente a cidade tem cerca de 70 mil habitantes espalhados entre a região central e mais cinco distritos tendo uma extensão territorial de com área de 298,78km², sendo considerada a segunda maior cidade do estado.

A escolha do município como local de pesquisa se deu pelo fato de eu ter ido morar na cidade após passar num concurso público. Embora a questão do racismo não esteja localizada e restrita a Valença, saber que a cidade foi construída com mãos escravizadas, saber da existência do quilombo São José da Serra um dos mais antigos do Estado, mas a necessidade de entender meu corpo negro nesse lugar fez aguçar minha curiosidade sobre a saúde mental da população negra desta cidade.

Como já foi dito no segundo capítulo deste trabalho, inicialmente meus objetivos eram direcionados a estudar a saúde mental da população quilombola valenciana. Porém ao começar a frequentar o CAPS de Valença me vi atravessada por outras problemáticas que me fizeram mudar meu objeto de pesquisa e por conseguinte os objetivos.

Assim, no afã de estudar a saúde mental da população negra valenciana, propus os seguintes objetivos: Identificar e mapear as práticas de cuidados em saúde mental existentes no CAPS; identificar e mapear práticas de autocuidado dos usuários do CAPS; e Analisar, juntamente com os usuários do CAPS, situações cotidianas de racismo e o impacto delas nos âmbitos individual e coletivo.

Com esses objetivos e a escolha pela cartografia para sulear esta pesquisa não se dá sem medo e insegurança, uma vez que não há uma única maneira de cartografar, e isso traz um certo desconforto. Essa angústia metodológica talvez se traduza no que Suely (2007) explica em *Cartografia sentimental* como as linhas do desejo que integram nossa vida. Afetação, angústia, medo, desejo, curiosidade, insegurança, construção do novo, são sentimentos que compõem meu corpo diante dessa possibilidade de encontrar-me comigo mesma em minhas dores, produzindo minhas próprias linhas de fuga e descrystalizando outras.

Essa afetação do território no pesquisador da qual Suely fala (2007) e o estar repensando-se a partir do território nos remete à ideia de pesquisador interessado e implicado no processo de pesquisa (Merhy, 2004). Implicar, segundo Coimbra e Nascimento (2007), é “colocar em análise o lugar que se ocupa nas relações sociais, no cotidiano e em outros locais da vida profissional, inclusive na relação entre pesquisador/a e objeto”. Ainda segundo as autoras, a análise de implicações traz para “o campo da análise sentimentos, percepções, ações, acontecimentos até então considerados negativos, estranhos, como desvios e erros que impediriam uma pesquisa-intervenção de ser bem-sucedida”. Ou seja, dentro dessa perspectiva, a pessoa pesquisadora ocupa um lugar privilegiado para analisar as relações de poder, inclusive as que a perpassam (Romagnoli, 2014).

A implicação não é uma escolha que fazemos na vida. Estamos e somos implicados por várias coisas, pessoas e situações que cruzam o nosso cotidiano, inclusive na vida acadêmica (Coimbra; Nascimento, 2007). Dentro dessa proposição, é possível afirmar que não há neutralidade na pesquisa e que o/a pesquisador/a será implicado/a pelo seu território, colocando assim suas questões na pesquisa, captando e colocando em análise as vibrações que o território emite, afetando o objeto e se percebendo na afetação sobre si.

Dentro dessa lógica da implicação, existe a importância da análise. Colocar nossas questões e as questões que se apresentam a nós por meio da pesquisa é de suma importância para que não caíamos na mesmice, na naturalização, na

repetição. Analisar é repensar e ir em busca do diferente. Assim, Carajá (2019) defende que a pesquisa cartográfica ocorre por meio do envolvimento implicado e reflexivo do/a pesquisador/a, de sua interação com o ambiente e com aqueles/as que envolvem sua pesquisa. Portanto, pesquisador/a, objeto e pesquisados, encontram-se em um mesmo plano, no qual estão inseridos no mesmo contexto e são inseparáveis, habitando coletivamente um território, produzindo e sendo produzido. Em consequência desse misturar-se no e com o território, assume-se um posicionamento político ainda que pela “falsa neutralidade” (Domingues; Dias, 2019).

O CAPS Valença se encontra numa situação de precariedade de recursos humanos das mais diversas áreas do conhecimento e não cumpre os requisitos da Portaria nº 336, que prevê equipe técnica mínima para atuação. Contudo há um número robusto de estagiários de Psicologia que compõem o “corpo técnico” da instituição e distribui seus serviços entre acolhimento aos usuários e participação nas oficinas de convivência. Assim, contribuem amplamente no funcionamento da instituição na tentativa de dar conta das demandas que se apresentam. Diante dessas carências institucionais, a equipe técnica não consegue produzir outras formas de cuidado que contemple a multiplicidade do sujeito e opera na maioria das vezes numa lógica manicomial, ora não conhecendo seus usuários (história de vida, desejos e singularidades), ora fazendo intervenções por meio de tecnologias duras.

Cabe aqui ressaltar que a equipe de funcionários do CAPS é majoritariamente branca e contava, até o momento da pesquisa, com apenas três funcionários negros: a coordenadora, a recepcionista e uma técnica de enfermagem. Destacar essa informação é importante porque estamos discutindo o racismo e a produção de cuidados de uma maioria de usuários negros. A própria constituição da equipe como está posta nos indica como racismo está enraizado na saúde, pois quem produz cuidado é quase sempre uma pessoa branca e quem demanda cuidado (infantilização do negro) é o sujeito de cor.

O equipamento também não contava com supervisão clínica que pudesse dar suporte nos casos mais complexos, assessorando, discutindo e acompanhando o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (Brasil, 2005).

Guarda *et al.* (2020) apontam a supervisão clínico-institucional como um dispositivo de formação permanente, sendo o supervisor clínico-institucional o sustentáculo para a proposta de uma gestão partilhada da clínica, na medida em que auxilia os profissionais a enfrentarem os impasses institucionais frequentes no cotidiano do trabalho coletivo. Na falta deste colaborador, a equipe do CAPS perde-se na construção e na sustentação de projetos psicoterapêuticos que considerem o indivíduo não somente como objeto de intervenção, mas como produtor de saúde.

Em função de tamanha precariedade de recursos humanos, conhecimento técnico e até mesmo de recursos materiais, a equipe tem operado por meio de linhas leve-duras na contramão da Reforma Psiquiátrica

O meu encontro no e com o território acontecia duas vezes por semana quando eu me dirigia até o CAPS para participar das reuniões de que equipe e das oficinas, isto é, fora os outros encontros que se davam fora desse espaço institucional tal quando na rua, de forma aleatória, ou nas vezes em que estive na residência terapêutica sem qualquer planejamento anterior. Foi por meio desses encontros, na medida em que eu me misturava com a paisagem e era vista como parte dela (Krenak, 2023), que eu fui me compondo enquanto pessoa e pesquisadora e a pesquisa foi seguindo seu fluxo sem que eu tivesse qualquer controle por isso.

“Encontrar” é deparar-se com; passar a conhecer; topar com algo inesperado; defrontar-se com; atinar com ou perceber; descobrir; ir de encontro; chocar-se; entrechocar-se; ir ter com alguém; descobrir-se (Aurelio, 2001). Tais significações traduzem a potência de um encontro. Num encontro lidamos com o improvável, com o não pré-estabelecido e só se dá a conhecer na medida em que há movimento de ir ter com. Por fim, “encontrar” implica não somente o movimento, mas também o tensionamento, podendo ir ter com alguém e ao mesmo tempo entrechocar-se com.

E é nesse movimento de ir que podemos localizar o trabalho do cartógrafo. Para Kastrup e Passos (2013, p. 264), “a cartografia é um método de investigação que não busca desvelar o que já estaria dado como natureza ou realidade preexistente. Partimos do pressuposto de que o ato de conhecer é criador da realidade”.

Nesse processo, “a ação do pesquisador cartógrafo é [...] um ato de predispor-se ou expor-se a um encontro de diferenças, não mais para defini-las, catalogá-las ou explicá-las, mas para abrir um plano de experimentação. Misturar-se

e afetar com o processo de pesquisa, sendo atravessado e inundado pelos encontros” (Kulpa; Baduy, 2016, p. 88). Assim, num movimento duplo, o objeto de pesquisa não ocupa um lugar de passividade, antes estabelece com a pesquisadora a relação movediça, ora de objeto, ora de produtor de conhecimento.

Tomamos então a ideia de encontro como um dispositivo, pois é no contato com o outro que surge um eu e torna-se possível a construção de novas identidades. Foucault (*apud Bertussi et al.*, 2016, p. 50) traz no conceito de dispositivo “a ideia como um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, sendo capaz de disparar movimentos transformadores ou autoanalíticos nos diferentes lugares e processos da secretaria”. Em outras palavras, “De um modo geral, os dispositivos estão sempre produzindo objetos, sujeitos, práticas e Deleuze os percebem como ‘máquinas de fazer ver e de fazer falar’” (Deleuze 1996 *apud Coimbra & Nascimento*, 2008, p. 146).

Por meio dos dispositivos, pretendemos fazer emergir discursos e escutar a voz de quem por muito tempo foi silenciado. Pretende-se então, usar do encontro como dispositivo capaz de dar sentido a todas as outras ferramentas que serão usadas nesta pesquisa, das quais podemos citar a palavra e a escuta e o diário de campo como um analisador.

Durante as oficinas, enquanto os usuários faziam a atividade do dia, eu tecia conversas com cada um sobre diversos temas. Foram diversos assuntos que surgiram e que iam de histórias de vida do usuário e seus desejos à admiração de algum ídolo da música ou da televisão. Falávamos sobre coisas da vida, às vezes engraçadas, o que nos proporcionou muitas risadas, mas também falávamos dos sofrimentos inerentes à existência e, em especial, das pessoas com transtorno mental, falávamos das paqueras, dos amores e das frustrações, dos conflitos familiares e até mesmo das relações que alguns estabeleciam com as vozes de seu imaginário. Tomamos como ferramenta a palavra e a escuta. Machado (2019, p. 64) salienta que

A cultura africana, seu modo de ser/fazer é perpassada pela narrativa, pelo ato de contar experiências, histórias de vida... escritórias. Discursar é dizer quem somos, de onde viemos, é pertencer/ser! Conhecemos nossa(s) realidade(s) e é fundante fortalecer continuamente nosso pertencimento, nosso discurso sobre nós, discurso do e para o coletivo.

No entanto, em função do processo colonial, houve um apagamento da cultura africana e dos seus modos de existência, silenciando o negro e encaixotando esse sujeito dentro de discurso pré-fabricado. Trata-se, portanto, de abrir espaço para outros tipos de narrativas a partir do entendimento de que “[...] as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação. E, portanto, também tem a ver com as palavras o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo em que vivemos” (Bondía, 2002, p. 20-21).

Somos constituídos de palavras. “É sobre possibilitar que a fala saia do lugar de representação, de comunicação intersubjetiva, para ocupar um lugar de criação, como um “dispositivo acontecimental”. Nesse sentido,

[...] a própria lógica da identidade se torna passível de desconstrução diante da pluralidade de formas rizomáticas e conexões plugáveis encontradas enquanto canais de subjetivação [...] Contar uma história pode vir a ser um movimento de desdobramento, deixando vir o “de dentro” para “fora”, libertando aquele que se refugia nos entres das envergaduras, agenciando no sujeito uma nova configuração do ser. Em sua pluralidade, infinitas vozes dialogam, disparando um novo processo, um devir de diferença; um sujeito mais livre enquanto em movimento de devir, enquanto em processo de singularização, em entrelaçamento, junção e disjunção de si com os outros” (Mairesse; Fonseca, 2002, p. 113).

Em nossos corpos trazemos vários escritos e escrevemos tantos outros, somos livros, grafismos, tatuagens, pinturas, bordados, crochês, trançados, somos uma estética do mundo, da vida, pois “é através do corpo como um suporte de saber e memória que vem a se potencializar uma infinidade de possibilidades de escritas, por meio de performances, de formas de ritualização do tempo/espço e conseqüentemente de encantamento da vida” (Machado, 2019, p. 66). Isto é,

A possibilidade de escuta e acolhimento de outras histórias [...] impõe a circulação do sujeito por diferentes dispositivos e circuitos de produção de subjetividades tramadas por entre outras verdades e certezas, pondo em questão aquelas através das quais pretensamente este sujeito vinha se constituindo. Possibilita-se que a fala saia do lugar de representação, de comunicação intersubjetiva, para ocupar um lugar de criação, como um “dispositivo acontecimental” (Figueiredo, 1994, p. 151 *apud* Mairesse; Fonseca, 2002, p. 113).

É na construção desse espaço de poder falar e ser ouvido que a pessoa com transtorno mental, tantas vezes silenciada, pode ir contando-se e, à medida que o fazia, ia-se inserindo no imaginário de todos os outros que ali o escutavam. Desse

modo, “a dupla contar/escutar teceu uma nova rede, entrelaçando pedacinhos de tempo perdidos a uma cadeia temporal estabelecida, fixada em datas, horas e lugares, compondo uma história onde se ressuscitam fantasmas e tornando presentes as ausências” (Mairesse; Fonseca, 2002, p. 114). E as oficinas outrora frias, sem sentido e sem possibilidade de vinculação entre usuários e técnicos, passou a ser mais alegre e ganhou novas cores.

Entretanto, não tratamos aqui de qualquer escuta, mas sim de uma escuta clínica ética, interessada e comprometida com o seu narrador, uma escuta decolonial. Na prática clínica o psicólogo/psicanalista está sempre escutando para interpretar a fala do paciente, sempre na busca de um sentido, encaixando e encaixotando e, por vezes, desconsiderando que aquilo que o sujeito narra é apenas a narrativa do sujeito, e não necessariamente contendo significações para além do que está sendo dito. Quando falo de uma escuta decolonial, penso que devemos considerar o que o sujeito diz exatamente como está sendo dito, deixando que ele mesmo faça as significações e inferências. Trata-se, portanto, de uma escuta clínica esvaziada inclinada para o outro, e não sobre o outro, e consideramos o que diz Machado (2019, p. 66):

os corpos [...] são corpos de sentidos, produtores de conhecimento, espaços sagrados de potencialização da vida, assim, esses corpos são “assentamento de saberes e é devidamente encantado”, desse modo, “significam, através de suas práticas, outras possibilidades de invenção da vida e de encantamento do mundo”, são cruzados por “práticas de saber que o talham, o banham, o envolvem, o vestem e o deitam em conhecimentos pertencentes a outras gramáticas”, são corpos que “reinventam as possibilidades de ser/estar/praticar/encantar o mundo enquanto terreno”.

Na busca dessa escuta esvaziada em que o sujeito que fala também o que produz o sentido, que consegue nomear os seus afetos, me propus também a usar a entrevista semiestruturada como um recurso.

A seleção de usuários do CAPS para participar da pesquisa por meio de entrevistas revelou-se um desafio maior do que o esperado. A ideia inicial era contar com ao menos três participantes negros, independentemente do sexo. Alguns usuários me mobilizaram e despertaram em mim o desejo de conhecer e narrar suas histórias de vida. No entanto, encontrei várias dificuldades para acessá-los. Dois deles, por estarem sob curatela, tiveram a participação negada pelos responsáveis legais, o que limitou significativamente o processo de escolha do meu usuário-

participante. O terceiro usuário convidado por mim a participar da pesquisa, um homem negro, não era curatelado e de pronto se dispôs a contribuir com a pesquisa. Ele, a princípio, era o usuário que eu menos tinha interesse em me aprofundar, mas ao me abrir para a experiência e me encontrar com ele, fui novamente surpreendida. As respostas obtidas por meio da entrevista foram registradas em áudio para serem analisadas no decorrer da produção escrita dessa pesquisa.

Tendo em vista os objetivos iniciais que eram os de identificar e mapear as práticas de cuidados em saúde mental existentes no CAPS; identificar e mapear práticas de autocuidado dos usuários do CAPS; e analisar, juntamente com os usuários do CAPS, situações cotidianas de racismo e o impacto delas nos âmbitos individual e coletivo, tracei doze perguntas sobre a história de vida do sujeito, como foi processo de adoecimento e como ele lida com o sofrimento psíquico desde o início do adoecimento até a atualidade (ver apêndice).

A respeito dos participantes aqui citados, faz-se necessário informar que eles consentiram com a participação na pesquisa preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme normas das Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, que normatizam a pesquisa com seres humanos. Em virtude do sigilo garantido aos entrevistados no que se refere à identificação nominal, no decorrer do texto serão utilizadas siglas aleatórias quando se tratar dos atores do CAPS. Apenas os dados relativos à idade, raça, religião e escolaridade serão declarados se assim for necessário.

Todas as conversas aqui relatadas em decorrência dos meus encontros com os usuários no CAPS aconteceram durante as oficinas e não são organizadas de forma cronológica, mas sim de acordo com o interesse de autor em organizar a escrita.

No próximo capítulo discutirei um pouco sobre como se deu a reforma psiquiátrica no Brasil e como a criação do CAPS contribuiu para a desinstitucionalização e para a construção de um novo conceito de saúde mental e como esse processo atravessa o corpo negro.

5 O CAPS-CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

É sabido que a população negra, em função racismo, foi o principal alvo de políticas públicas higienistas, tendo sua cultura e modos de vida associados a transtornos mentais, logo fadados a intervenção médica. Mesmo depois após a abolição, pessoas negras continuaram a serem vistas como inferiores ou incapazes de se adaptar à sociedade, sendo frequentemente diagnosticadas de maneira errônea com doenças mentais. O racismo científico da época reforçava estereótipos que patologizavam comportamentos naturais dessa população, resultando na sua institucionalização em massa em hospitais psiquiátricos.

Ser negro, em um contexto de exclusão social e racial, significava frequentemente ser rotulado como "louco", especialmente quando qualquer forma de resistência ou comportamento divergente era interpretada como um sinal de desequilíbrio mental. Esse processo de segregação e marginalização por meio da psiquiatria legitimou o encarceramento de milhares de pessoas negras em manicômios.

Nessas instituições, elas eram submetidas a tratamentos desumanos e frequentemente desnecessários, enquanto a verdadeira questão, o racismo estrutural, permanecia intocada. O aprisionamento em hospitais psiquiátricos funcionava como mais uma forma de controle social, reforçando as desigualdades raciais e mantendo essa população à margem da sociedade. Além disso, os poucos recursos disponíveis nessas instituições raramente consideravam as especificidades culturais e sociais da experiência negra, o que apenas agravava o sofrimento dessas pessoas.

A Reforma Psiquiátrica, que culminou no fechamento dos manicômios, representou um marco importante para a população negra. Ao defender um modelo de cuidado em liberdade e o fim da lógica de encarceramento, a reforma abriu novas perspectivas de atendimento que não mais se baseavam na segregação. A criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por exemplo, permitiu um cuidado mais humanizado, considerando as realidades sociais e raciais dos pacientes. Com o fim das instituições psiquiátricas de caráter manicomial, houve um rompimento parcial com as práticas de patologização racial, criando, assim, um espaço mais

inclusivo para a saúde mental da população negra, ainda que muitos desafios permaneçam.

No Brasil, a reforma psiquiátrica teve seu início marcado por movimentos sociais e profissionais da saúde que buscavam melhores condições de trabalho e melhores condições de saúde para os pacientes. Baseando-se na Reforma Sanitária, a reforma psiquiátrica é um processo social complexo, caracterizado por uma ruptura dos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que se concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. Originada pela mobilização de profissionais da saúde,

A Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais; e buscou produzir efeitos no campo sociocultural. (Yasui, 2010, p. 31).

A Reforma Psiquiátrica teve grande movimento de articulação e formação na década de 1990, que forneceu subsídios para que se possa “adotar a noção de atenção psicossocial, que compreende uma abordagem mais ampla de cuidado em saúde mental, com inserção de diferentes disciplinas do conhecimento e a inserção do usuário como fundamental ator social” (Guljor, 2003, p. 1). Além da insuficiência quanto ao número de instituições de caráter substitutivo e, conseqüentemente, de vagas necessárias face à demanda, duas outras preocupações parecem importantes: a primeira, em relação ao modo de funcionamento destas instituições e em que medida este funcionamento se aproxima do ideário da reforma psiquiátrica e, a segunda, quanto ao real formato de rede assumido pelos serviços de saúde mental e pelos serviços de atenção primária (Nunes *et al.*, 2008).

Em dezembro de 1987, já imbuídos do espírito da Reforma Psiquiátrica, novas estratégias vão surgindo. O lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” insere uma reflexão e vislumbra a necessidade da participação da sociedade civil nas discussões que permeavam (e permeiam) a doença mental. A busca de transformações, associada à ideia da ampliação de uma assistência técnico-científica é um dos primeiros passos que deu a possibilidade ao Sistema Único de

Saúde (SUS) pudesse repensar estratégias de como custear procedimentos terapêuticos e assistenciais que fugisse ao padrão meramente do ambulatório e hospitalocêntrico (Amarante, 1995 *apud* Valverde, 2013, p. 5).

Somente em 2001 é que é sancionada a Lei nº [10.216/2001](#), ou Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Antimanicomial e Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. E, em substituição aos hospitais psiquiátricos, o Ministério da Saúde determinou, em 2002, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) em todo o país.

Os CAPs são espaços para o acolhimento de pacientes com transtornos mentais, em tratamento não hospitalar. Sua função é prestar assistência psicológica e médica, visando à reintegração dos doentes à sociedade. Portanto a gênese dos CAPS se dá em um contexto em que se busca diminuir a política de hospitalização dos pacientes com transtornos mentais, a fim de que, através da implantação deste serviço substitutivo, além de outros que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, haja uma diminuição no número de leitos nos hospitais psiquiátricos.

Assim como já dito inicialmente o CAPS se torna uma nova forma de cuidado aos usuários com algum tipo de sofrimento psíquico e representa a reorientação do modelo de atenção em saúde mental, em outras palavras, o CAPS se contrapõe ao hospital psiquiátrico. Em uma definição, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004, p. 9):

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Dessa forma, as diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica no Brasil ganharam força legal a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica. A Lei redirecionou a assistência em saúde mental e privilegiou o oferecimento de tratamentos em serviços de base comunitária. Dispõe, ainda, sobre proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2001).

Esses marcos históricos, além da nova organização da assistência à saúde mental, fizeram surgir a necessidade de rever aspectos locais quanto a garantir o

acesso do usuário ao tratamento em sua comunidade de referência. A ideia é garantir a ele uma reabilitação psicossocial e reinserção na sua comunidade, estreitamento de vínculos com a família e acesso e uso racional de psicofármacos.

É dentro dessas noções apresentadas, amplas e específicas, que entendo que deve haver uma organização de demandas, a fim de que, em conjunto, esses fatores possam quebrar o estigma que os pacientes com transtornos mentais enfrentam e encarar a experiência psicopatológica da marginalização destes como um desafio e meta de trabalho.

Faz-se necessária uma mudança paradigmática e epistemológica na psiquiatria (Yasui, 2010), que considere o usuário como um produtor de saber, contudo saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desacomodação e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção da vida. Saber imprescindível para os arranjos das tecnologias leves, pois o conhecimento não é só o que é formulado a partir da reflexão, do exercício com o pensamento e formulações teóricas nos textos e artigos acadêmicos (Cerqueira *et al.*, 2014, p. 29).

É preciso saber com o corpo, com a percepção da/na natureza, com a ancestralidade acionando saberes outros, confluindo com outras vidas e outros corpos (Nêgo Bispo, 2021). Partindo dessa perspectiva, pode-se compreender que a expansão de serviços como as Residências Terapêuticas e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), uma das principais estratégias de cuidado psiquiátrico no Brasil (Brasil, 2005), nos aponta para uma nova forma de produção de cuidado, o cuidado do usuário no território.

Falar de cuidado no território implica considerar a multiplicidade de sentidos, que não se restringe à ideia de local físico, espaço geográfico. Sobretudo, é preciso entender o usuário como um território de passagem, “ele em si mesmo é um território existencial, subjetivo e cultural, que vaza o geográfico e vai atrás de ofertas que lhe fazem mais sentido, situadas em outros espaços materiais que não seu bairro ou seu lugar de trabalho” (Cerqueira *et al.*, 2014, p. 61). Território onde muitas coisas acontecem, lugar da experiência e do sentir, como nos aponta Bondía (2002).

Cuidar em território significa estar com o usuário nas suas andanças pela rede, é estar com ele em comunidade percebendo seus movimentos de desterritorialização, territorialização e confluência. “Aceitar este convite e sair de territórios pré-concebidos que estabelecem “repertórios de cuidado” marcadamente

definidos, cujos rastros remetem ao já-conhecido não é tarefa simples. Produz nas equipes intensos processos de angústia, mortificação e sofrimento” (Cerqueira *et al.*, 2014, p. 35).

Embora o CAPS enquanto serviço substitutivo tenha sido um importante passo no processo da reforma psiquiátrica, do fechamento dos manicômios e hospitais e da criação dos serviços substitutivos, tal movimento não significou necessariamente mudanças efetivas na produção do cuidado. Ainda hoje, é possível perceber que a Instituição Manicomial ainda atravessa os serviços substitutivos ofertados pelos municípios.

Para acabar com o hospital psiquiátrico que cerca a existência de cada portador de sofrimento mental, é preciso romper com todos os seus signos e marcas: a violência, a morte e abandono; mas, sobretudo, é preciso, é decisivo, romper com o monólogo da razão sobre a loucura. Não basta dizer não aos manicômios, é preciso afirmar certas práticas. Não adianta dizer que não é mais o manicômio, que agora é o CAPS, porque nesse caso o CAPS, talvez, seja só um manicômio diferente (Ceccim, 2010, p. 74).

Faz-se necessário entender o que diz (Yasui, 2010, p. 99) sobre “a Reforma Psiquiátrica ser caracterizada por uma ruptura em relação à racionalidade psiquiátrica, ao recusar-se a aceitar o sofrimento humano apenas como o objeto simples da doença mental, mas por considerá-lo em sua complexidade”. Considerando o sujeito para além do seu diagnóstico, ou seja, considerando um corpo inserido num território que tem seus próprios desejos e capacidade de articulação. E para tanto, é essencial contar com a presença do supervisor clínico, já que por meio dele é possível explorar novas abordagens, tanto no manejo de casos quanto na resolução de questões institucionais (Guarda *et al.*, 2020, p. 9), e suporte para que os profissionais de saúde consigam sustentar um plano psicoterapêutico diferenciado.

Assim sendo, não basta construir CAPs se não houver uma mudança paradigmática na estruturação do serviço ofertado, mudança que atravesse o serviço e o território. Pode-se afirmar que, em essência,

A prática nos CAPS é um embate entre a tradição e a invenção, a construção do novo na negação do velho; ou ainda, a construção diária de outro paradigma para o cuidado com a loucura que insere entre seus recursos, e como condição preliminar para o tratamento, a cidadania de quem é cuidado e de quem cuida. Uma relação de cuidado, em que nos

dois polos – terapeuta/paciente –, devemos sempre encontrar um cidadão (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 95).

Dessa maneira, “Em nosso fazer cotidiano junto aos loucos, nos deve interessar a relação que cada sujeito estabelece com o que é próprio à sua estrutura: sua organização, funcionamento e seus fenômenos, e com as dificuldades daí decorrentes para entrar no laço social” (Aboud-Yd, 2007, p. 55).

Portanto entendemos que a Lei nº 10.216/2001 faz muito mais que pôr fim aos manicômios, e juntamente com as Portarias nº 336/2002 e nº 3.088/2011, nos indica para a processualidade na produção de saúde mental e reposiciona o indivíduo com doença mental na sociedade. Ainda confere, convoca e responsabiliza a equipe multidisciplinar para construção de uma nova perspectiva de trabalho que seja ética e implicada com o sujeito. A desconstrução do manicômio perpassa por um serviço comprometido com a liberdade e responsabilidade (CFP, 2013) e sobretudo com a ideia de que o saber médico/psicológico não se sobrepõe a outras disciplinas, tampouco se sobrepõe ao usuário, mas que qualquer intervenção é construída coletivamente.

6 CONTAÇÃO DE HISTÓRIA, PRODUÇÕES DE VERDADE.

“Meu nome é M.P.H. Estou com quarenta e quatro anos. Eu comecei passar mal com treze. E eu tinha muitos planos na minha vida e esses planos não pode ser realizado. E assim eu fui ficando... um bem dizer o CAPS é a nossa casa. Ali eu comecei a entender que a vida nossa é desse jeito, não tem como você melhorar esse problema que você tem. Você deita, levanta a mesma coisa. Você pensa aquilo que passa na minha cabeça não é que passa na cabeça de outro ser humano e fui conformando. Eu não conformava. Agora eu conformo. Conformei. Que é triste você viver essa vida. Não é uma vida que o ser humano quer.

Antigamente a gente fez tantos planos, ah eu vou ser assim... aí eu vou passar no quartel, aí sua vida desmorona.

...é uma vida que vem uma coisa que bate, você passa mal num mês quando dá dois meses aquilo vem um negócio dentro da sua cabeça você alembra coisa que já passou há muito tempo! Aí dá aquele branco, né? Aquele branco, aí você fica assim pensando “Ah que que eu vou fazer da vida. Minha vida não tem mais sentido”.

Meu sonho era ser um cara inteligente, eu sou um cara inteligente, mas meu sonho era aprender ler, depois que eu comecei a passar mal eu não tive mais, não entrava mais nada na minha cabeça, não ainda você forçar.

A minha família foi me ajudando a erguer, entendeu, depois que a minha filha nasceu... ela também me ajudou muito depois que a mãe dela foi embora. Minha filha nunca saiu do meu lado, toda vez que eu passava mal ficava do meu lado, mas sentadinha sempre dando um apoio “ah, pai, você passou mal, você quer falar sobre isso comigo?”

A minha primeira mulher estava com dezesseis e eu, com vinte. A minha vida foi uma vida corrida assim depois que eu comecei passar mal, minha vida foi uma vida corrida, uma vida sem sentido.

Quando se apaixonei, eu se tranquei de novo no mundo. A vida é tão complicada com a gente, que a gente não consegue se amar de novo, a gente não tem aquela... aquela alegria que a gente tinha.

Eu não vou conseguir amar mais. Não vou conseguir se apaixonar mais. Toda vez que eu se apaixonava não dava certo.

Porque as pessoas aqui fora não reconhecem a gente como assim... uma pessoa normal. Tem muito preconceito entendeu? A gente encontra assim na mesma

calçada as pessoas acha que a gente é aquele bicho papão, “ah, ele é maluco”, “ele vai andar com um pedaço de pau na mão sair dando bolada”, maluco pra eles é assim. Mas não é assim, a gente ama, a gente tem sentimento, a gente pensa, a gente tem dor, a gente sente dor, entendeu?

Eu fico meses sem ver a minha filha, tem dia que eu sinto falta dela, da minha mãe, mas eu se isolei no mundo.

No pensamento nosso, eu fico, penso agora assim “poxa, queria ter uma esposa, queria casar, queria ser feliz, mas não posso, não tem sentido”.

Eu fico pensando no que vai acontecer se casar de novo, ter um filho de novo, eu tenho medo da criança nascer com o mesmo problema que eu tenho. A minha filha graças a Deus é muito inteligente, estudiosa, mas meu medo é esse. Casar de novo e ter um filho e nascer deficiente. Aí, eu se tranco no mundo, não consigo se amar mais [...] Eu vivo pela minha filha.

Eu não sou aquele cara de antigamente mais. Eu andava e gostava de baile funk, eu saía na sexta e só chegava na segunda, baile pra mim era a coisa mais maravilhosa, mas depois eu fui fechando.

Eu sou feliz assim quando eu converso com amigos no mesmo nível que meu no CAPS. Eu fiz muitos amigos no CAPS.

6.1 Amor, aquilombamento e outros afetos como forma de resistência e de produção de saúde

O amor enquanto fundante de uma luta e componente psíquico não costuma ser muito discutido nas militâncias negras. A primeira vez que ouvi as expressões “amor preto” ou ainda “o amor preto cura” foi, em sua maioria, em páginas de redes sociais, não aparecendo com frequência em textos científicos. Durante a pesquisa me deparei com os escritos da autora americana bell hooks (*Tudo sobre o amor*, 2000; *Vivendo de amor*, 2010) e pouquíssimos artigos que discorriam sobre o tema.

As expressões acima fazem referência à troca de afeto entre pessoas negras, ou seja, relacionamentos afrocentrados, sendo que a ênfase dada a estes é sempre a do amor romântico. Contudo creio ser necessário ampliar o assunto para outros

tipos de relações ou amores e considerar que existem pessoas que optam por não empreender relacionamentos românticos ou ainda há aqueles que em função do racismo ficam reféns da solidão.

Noguera (2020, p. 55) em seu artigo “Fanon, o cortiço e o anjo negro: breve esboço sobre relações inter-raciais heterossexuais no contexto do racismo” fala o amor como uma prática social, um vínculo de sobrevivência, uma potência de conflito, o amor como uma possibilidade de encontro. No seu entender, o amor também é tensão de conflito, e isso é importante dizer, o amor não é só dessa ordem da agregação, da agregação de ordem não só simbiótica, o que desmantela a ideia do amor única e exclusivamente como algo romântico. Compreendendo o amor dessa forma, isto é, como uma disputa de forças, fica mais fácil entendê-lo como potência criativa que agencia e prepara o corpo para a luta.

Para Prestes (2018, p. 170) “o amor deve ser pauta da luta visando ao resgate da dignidade e da integralidade, enquanto forma de enfrentamento à tentativa de desumanização, além de estratégia de promoção e manutenção de saúde psíquica”. Pois foi no movimento de destituição do negro que deu violência de várias ordens, ou seja, “daquilo que os constitui por meio da história e da memória que nos funda como sujeitos produtores da própria existência” (Oliveira, R., 2020, p. 59).

Portanto, “se do ponto de vista político a afetividade foi negada e atacada em negros, faz sentido que a resistência vise restabelecer sua fluência. Do ponto de vista psíquico, se esse foi um dos pontos atingidos por séculos de violências, é importante considerá-lo um dos indicadores de recuperação da humanidade integral” (Prestes, 2018, p. 172-173).

Ouvir o M. falando de família e de relacionamento afetivo me fez pensar em aquilombamento e do tanto que é necessário para a população negra o estar junto dos seus e me fez lembrar da minha trajetória quando cheguei a Valença. Eu me mudei para a cidade após passar num concurso federal. Estar nesse emprego ia mudar minha situação financeira, me possibilitar amadurecimento pessoal e me abrir outras possibilidades profissionais. Era um importante passo na minha carreira e da possibilidade de autoconhecimento ao morar sozinha.

Habitar um novo espaço geográfico e social foi um processo muito solitário. Enquanto eu avançava para o novo, eu deixava na minha cidade natal toda a minha vida e minha mãe, que, naquele período, estava adoecida e precisando de suporte

emocional. De imediato eu construí vínculos no trabalho, porém essas amizades que me foram de muito valor naquele momento não davam conta de suprir meus afetos enquanto mulher preta. Eu não me sentia confortável para contar-lhes sobre a minha experiência de ser uma mulher negra ocupando espaços exclusivamente brancos. Era como se eu não pudesse me queixar e estivesse em constante dívida.

A necessidade de estar com outros pretos foi tornando-se uma questão urgente na minha vida, inclusive pelo fato de eu estar passando por um processo de transição capilar e descobrindo as vicissitudes de ser uma pessoa negra em ascensão (Santos, 2021). Procurando cuidados especializados para o meu cabelo crespo, conheci o Salão Atitude Black em Valença, administrado e feito por mulheres pretas. Ali muito mais que cuidados com cabelos e com minha autoestima, foi-me ofertada uma rede de apoio e de afetos. Foram muitas idas ao salão para conversar, rir e desabafar. Cuidados estes que nem sequer passavam pelo meu cabelo.

A partir disso, construí outras redes de afeto e pude me conectar com outras mulheres, derivando daí a Coletivas Mulheres Pretas. Um grupo de mulheres que se reúnem em torno da mesa e compartilham da mesma comida, de afetos e de vivências. Entre as dores e as alegrias de estamos juntas, conseguimos fazer um trabalho externo com idas a escolas do município para uma educação antirracista.

Foi nesse processo de me encontrar comigo por meio dos meus, pela experiência do encontro, da troca, da possibilidade de existir junto de outras mulheres negras (Naziázeno, 2021), estar em contato com outras histórias de vida e poder ouvir sobre elas e ao mesmo tempo me identificar com as narrativas, poder me inserir na fantasia de outra pessoa foi o que me permitiu um bem-viver em Valença. Assim o *slogan* “o amor preto cura” começou a fazer sentido para mim à medida dos meus encontros em Valença dentro de uma comunidade negra, ou seja, ele é muito mais de caráter prático do que teórico.

A ideia de amor é, no que discorremos aqui, entrelaçada pelo quilombismo ou aquilombamento, palavras sinônimas. E é assim, nesse interseccionar de conceitos, que trago a noção de identidade quilombola para poder discutir nas próximas linhas tal conceito e as suas implicações para a população negra.

Souza (2008) argumenta que a noção de identidade quilombola está estritamente ligada à ideia de pertença e é dentro dessa noção que balizamos os laços identitários nas comunidades, partindo de princípios que transcendem a consaguinidade e o parentesco, muito mais atrelado as experiências vividas em

função da negritude. Assim, todos os indivíduos marcados pela racialidade negra, que estejam em vias de torna-se negro (Santos, 2021), podem requerer para si a identidade quilombola desde que se identifiquem com a cultura, as lutas e com os modos de vida. Nêgo Bispo (2021) explica que só se pode ser contracolonial se, em seus modos de vida, o indivíduo vive aquilo que apregoa, portanto assumir tal identidade pressupõe não somente o ser, mas o fazer. É nessa lógica que se percebe o quilombo da seguinte forma:

Quilombo como espaço de liberdade pode ser todo e qualquer lugar que o povo negro esteja, pode ser inclusive um lugar criado primeiramente dentro de cada um e depois estendido para a família, comunidade e outros caminhos. E esses quilombos existentes em cada um de nós, negros e negras, precisam ser energizados, cuidados e orientados diariamente, para manter a história e resistência ancestral vivas (Francisco; Barros, 2021, p. 2).

Entendemos, pois, o quilombismo como uma prática. Tal construto foi baseado na experiência histórica da comunidade negra no Brasil, “objetivando a implantação de um Estado Nacional Quilombista, inspirado no modelo da República dos Palmares, no século XVI, e em outros quilombos que existiram e existem no País” (Nascimento, A., 2019, p. 305). Sendo o quilombo um conceito próprio dos africanos *banto*, habitantes da África Centro-Ocidental e Leste (Nascimento, B., 2021), que pode assumir diferentes significações a partir de seu propósito, a ideia que me apetece atribuir a este conceito de quilombo é a que diz respeito ao local, casa sagrada, onde se processava o ritual de iniciação (Nascimento, B., 2021, p. 150). É dentro dessa perspectiva de lugar sagrado, de comunhão, o lar como um espaço de humanização do sujeito que pretendo discutir o processo de quilombamento como um dispositivo de cuidado.

Esse estar junto de nós, para nós e por nós define-se por quilombamento, sendo, portanto, “um espaço que nos permite existir e nos fortalece a germinar e florescer em terrenos que mesmo áridos, nos fazem esperar pelo viver, pois há cuidado, há acolhida, há generosidade, há amor e muito, muito afeto a ser coletivamente construído e sentido” (Lima, 2021, p. 13).

A existência do quilombo enquanto estrutura geográfica e política não seu deu em decorrência da luta contra a escravidão. Esse sistema já existia e operava na África muito antes da invasão europeia. Faz-se necessário ressaltar que os quilombos que foram surgindo no Brasil no século XVI, embora tivessem objetivos

comuns, tais como a resistência contra o sistema escravagista, gozam de particularidades. Assim, os quilombos estabelecidos nas Minas Gerais não eram iguais aos da Bahia, Rio Grande do sul, São Paulo etc. São essas particularidades e fluidez que ainda hoje compõem os quilombos modernos, bem como os movimentos sociais que militam a causa negra (a religião, as danças, a culinária, as artes etc.) (Costa, 2018). Complementa-se que:

A noção de territorialidade desses povos baseia-se na história ancestral que eles têm com a terra na qual coletivamente moram, trabalham, realizam seus ritos religiosos e festividades. Onde tecem suas relações de amizade, vizinhança, parentesco, de reprodução física, social e cultural. Local em que desenvolvem seus trabalhos de memória e seus sonhos. São territórios com valores simbólicos e materiais singulares para cada uma das comunidades quilombolas. Fundante da organização psicossocial desses grupos, a terra e o acesso a ela representam o avesso da lógica da escravização: autônoma (Costa, 2018, p. 222).

É sabido que na África Ocidental as famílias não eram nucleares, muito pelo contrário. As famílias eram compostas por vários pais, mães e irmãos, tios avós, apontando para um sistema comunitário refinado. Assim, a manutenção da vida, a proteção, o afeto, o cuidado e os ensinamentos eram de responsabilidade de toda a comunidade que compunha a estrutura familiar (Somé, 2003). Essa estrutura familiar foi interrompida pelo período escravocrata, porém, após a abolição da escravidão, os negros retomam esse tipo de comunidade, ou melhor, de família extensa (White, 1970), ainda que ocupando territorialmente espaços marginalizados. Essa característica das famílias negras e sua capacidade de sempre agregar pessoas dentro da comunidade, nada mais é que nosso corpo buscando reencontrar o caminho de casa.

bell hooks (2010) pontua que nós negros temos sido profundamente feridos, e essa ferida emocional que carregamos afeta nossa capacidade de sentir. Ainda para a autora, nossas dificuldades coletivas com a arte e o ato de amar começaram a partir do contexto escravocrata. Isso não deveria nos surpreender, já que nossos ancestrais testemunharam seus filhos sendo vendidos; seus amantes, companheiros, amigos apanhando sem razão. Pessoas que viveram em extrema pobreza e foram obrigadas a se separar de suas famílias e comunidades não poderiam ter saído desse contexto entendendo essa coisa que a gente chama de amor. Elas sabiam, por experiência própria, que na condição de escravas seria difícil experimentar ou manter uma relação de amor.

Desumanizados/as, privados/as da liberdade, de suas famílias e seus/suas filhos/as, destituídos/as de seus vínculos afetivos, os/as escravizados/as se encontravam fragilizados/as fisicamente, socialmente e emocionalmente. Para se manterem vivos/as, homens e mulheres foram endurecendo-se, assumindo papéis que em nada os representava quando em África. Assim surgem as representações das mulheres como fortes e maternais, que cuidam de tudo e de todos, menos de si (papel de abnegação); o homem forte que faz o trabalho árduo (papel de provedor) e resistente à dor, que não sabe dar e receber carinho.

Mesmo após o período da escravidão, a estratégia de suprimir emoções como meio de sobrevivência permaneceu como uma característica persistente na vida da comunidade negra (bell hooks, 2020). Assim, em decorrência do sequestro sofrido em função do processo de escravização, impedidos de vivenciar experiências de afeto, amar é para a população negra um ato político: “O amor é uma potência que, às vezes, fica obliterada por conta dessas violências, mas nós reinventamos as formas do amor e as pessoas negras precisaram e continuam reinventando as formas do amor em seus laços afetivos” (Noguera, 2020, p. 56).

“Homens negros, assim como as mulheres, foram e ainda são vistos como órgãos sexuais ambulantes, incapazes de sentir e não bons o bastante para a constituição de um relacionamento amoroso e afetivo” (Viana, 2019, p. 72).

Essa objetificação dos corpos negros permanece na atualidade. Corpos-máquina prontos para produzir, incapazes de amar, corpos-alvo que precisam de contenção.

“O projeto quilombista nasce do anseio de superação da condição subalterna dada historicamente ao afrodescendente, vide o passado colonial, forjado no estupro de mulheres negras executado pelo colono português, qualificado como matrimônio pela narrativa oficial. Sem esquecer de lembrar a perpetuação da escravidão, a prole oriunda de intercursos sexuais compulsórios. Por isso, a edificação da sociedade nacional quilombista, baseada nos direitos de cidadania e iniciada com a defesa da criança e da mulher negra, principais alvos da operação racial, é tarefa necessária e urgente se o que se quer é combater o racismo” (Filgueira; Silva, 2020, p. 5).

Desde que os africanos e africanas aqui chegaram, o desenraizamento ocorre e é altamente provocado e incitado pelos colonizadores. E desde então, o que o movimento dos povos negros busca é reconectar, resistir e criar formas possíveis do enraizamento poder acontecer (Francisco; Barros, 2021).

Para Abdias Nascimento (2009) um futuro de maior qualidade para a população afro-brasileira dependerá vigorosamente da organização e mobilização coletiva. Isso envolverá não apenas a participação ativa da comunidade negra, mas também um envolvimento em processos educacionais e na produção teórico-científica. Porém não se trata de pensar romanticamente o quilombismo/aquilombamento, como se fosse um território homogêneo, mas entender o quilombo enquanto um lugar de forças, de disputas, de afetos, mas um espaço onde as pessoas têm um propósito comum e toda disputa converge na busca de si, do outro e do que nos une: o laço afetivo com quem nos compõe e a nossa ancestralidade. Entendemos, pois, a experiência do aquilombamento, como a possibilidade de compartilhar um território existencial em coletividade.

Assim, tanto antes quanto agora, “o quilombo surge como um movimento político pedagógico e contracolonial, mas também um movimento de reintegração de si, de reexistência, sendo processual, é histórico, é coletivo” (Dias, 2022, p. 168). Contracolonial na medida em que surge para combater o colonialismo e a escravidão, resgatando a humanidade de homens, mulheres e crianças; e pedagógico no sentido de resgatar nossas sensibilidades no desfazimento do corpo domesticado para o corpo livre, nos ensinando a viver em comunidade.

Muito se fala sobre o amor preto como um ato político e de cura da subjetividade de pessoas negras, entretanto, já dito anteriormente, esse amor precisa acontecer dentro de um processo comunitário em que o sujeito possa estar em contato consigo mesmo e com seus pares. Qualquer ativismo só faz sentido dentro de uma comunidade, como afirma Turner (2022). Complementa-se a filosofia UBUNTU sustenta que a humanidade de uma pessoa não pode ser plenamente realizada fora da conexão comunitária que centra a espiritualidade não como uma experiência individualizada, mas relacional e comunitária (Turner, 2022).

Somé (2007) aponta que comunidade é o espaço onde as pessoas se reúnem para realizar um objetivo específico, para ajudar os outros a realizarem seu propósito e para cuidar umas das outras. A comunidade é uma base na qual “as

peças vão compartilhar seus dons e recebem as dádivas dos outros” (Somé, 2007, p. 35). A autora ainda reforça que,

[...] quando você não tem uma comunidade, não é ouvido; não tem lugar que possa ir e sentir que realmente pertence a ele; não tem pessoas para afirmar quem você é e ajudá-lo a expressar seus dons. Essa carência enfraquece a psique, tornando a pessoa vulnerável ao consumismo e a todas as coisas que o acompanham [...] quando não descarregamos nossos dons, vivenciamos um bloqueio interior que nos afeta espiritual, mental e fisicamente, de muitas formas diferentes (Somé, 2007, p. 35-36).

Escrever sobre comunidade, aquilombamento e saúde mental tem sido um desafio para mim ao longo desse processo de mestrado. Tenho vivido e experienciado cada um desses conceitos e à medida desse processo tenho aprendido a lidar com as dores, o luto, a alegria, a experiência de estar em comunidade (família nuclear e estendida). Na busca de lugar aquilombamento e de momentos de alegria, decidi conhecer o baile charme⁶ no Viaduto de Madureira (RJ). Eu precisava estar com os meus, precisava de alegria e precisava dançar como forma de extravasar. Dançar é algo que sempre me fez bem e sempre me restaurou.

Durante o baile charme pude perceber alguns movimentos dos dançantes e fazer conexão entre o aquilombamento e o amor preto. Debaixo do viaduto, uma variedade de pessoas se reúnem. Pretos de vários tons, com vários tipos de cabelo e estilos. Alguns, já habituados ao estilo de dança, conduzem os iniciantes na realização dos passos. Há vários grupos de charmeiros, assim chamados os dançarinos de charme, que se reúnem frequentemente para ensaiar os passos que executarão no dia do baile. Cada grupo se acomoda num espaço dentro do viaduto para dançar. Mas o estar em grupo não impede que outras pessoas se juntem para a dança.

Quem não se junta ao grupo pode observar de fora e tentar fazer os passos acompanhando os charmeiros mais experientes. Enquanto os charmeiros se movimentam ao longo da música, eles também vão orientando e conduzindo os passos de quem está de fora, aprendizes ou não, e, nesse processo pedagógico,

⁶ Baile charme no viaduto de Madureira/RJ- O Baile Charme de Madureira é um evento cultural muito significativo no Rio de Janeiro, realizado sob o viaduto de Madureira, que surgiu em 1994. O baile charme é uma celebração da cultura negra por meio de um estilo musical que mistura elementos de soul, funk e música brasileira. O baile acontece em todos os sábados a noite debaixo do viaduto e ao longo da semana é possível ter aulas gratuitas de charme.

todos são incluindo tendo um único objetivo: dançar charme. O passo é sempre coletivo e há ritmo e sincronicidade entre os dançarinos, mas também há espaço para *performances* individuais e criação de novos passos.

Os vários microgrupos de charmeiros fazem e se refazem conforme a música, havendo sempre novas composições de integrantes no grupo. A cada novo integrante que se agrega ao microgrupo, há uma nova reorganização do grupo, do espaço e dos passos, e, mesmo diante desse fluxo intenso de composição e decomposição, não se perde o caráter integrativo, pedagógico e sobretudo da alegria de estar dançando charme.

Estar nesse espaço de afetabilidades e afetos (sentimentos), compartilhando beleza, cultura, história, resistência, estar com pessoas semelhantes a mim me trouxe uma renovação na minha psique, uma leveza no espírito e destravou a minha escrita. Este foi um lugar onde eu não precisei performar os estereótipos de uma mulher preta no Ocidente, pude apenas ser eu, estar, dançar e conhecer novas pessoas, ratificando o pensamento de Somé (2007).

Estar no quilombo significa ser quilombo, é sobre se acolher, ser acolhida e poder acolher outros. Significa ser luta e resistência, mas também significa amor, cura, cuidado e acolhimento. A necessidade de aquilombamento se apresenta no discurso de M. quando diz que não se sente reconhecido pela sociedade:

A gente encontra assim na mesma calçada, as pessoas acha que a gente é aquele bicho papão, “ah ele é maluco”, “ele vai andar com um pedaço de pau na mão sair dando bolada”, maluco pra eles é assim. Mas não é assim, a gente ama, a gente tem sentimento, a gente pensa, a gente tem dor, a gente sente dor, entendeu?

Como não encontra espaço para troca de afetos dentro da comunidade valenciana, faz-se necessário que M. invente um espaço para si e cabe aos operadores de saúde ajudá-lo nessa invenção. Assim, podemos afirmar que a produção de cuidado para o M. passe pela história individual e comunitária, pela cultura e práticas de aquilombamento, pois só assim poderemos visualizar o sujeito em sua integralidade. Talvez seja necessário proporcionar ao nosso usuário o movimento de sankofa ⁷de

⁷ Sankofa- é um ideograma africano representado por um pássaro com a cabeça voltada para trás. Sankofa, derivado de um provérbio tradicional do povo Akan da África Ocidental, é representado também como um símbolo Adinkra, frequentemente ilustrado como um pássaro que voa para frente, mas com a cabeça voltada para trás, carregando um ovo, representando o futuro. O provérbio "se wo were fi na wosan kofa a yenki" pode ser traduzido como "não é tabu voltar atrás e buscar o que

retornar ao passado para ressignificar o presente e construir o futuro. O cuidado com o passado é também uma forma de conferir dignidade a presença, para que possa advir a novidade. Assim, a frequência entre o passado e o presente é, ao mesmo tempo, o sustento da potência da continuidade e da renovação (Marques, 2023, p. 74).

Outra fala de M. é em especial marcante: “Eu não sou aquele cara de antigamente mais. Eu andava e gostava de baile funk, eu saía na sexta e só chegava na segunda, baile pra mim era a coisa mais maravilhosa, mas depois eu fui fechando.” Ao considerar o funk como gênero musical, nascido nas favelas do RJ, que tem como principal característica o protesto contra o sistema capitalista e contra a violência do Estado, ir dançar funk é reafirmar a luta pelo direito de existir e por garantia de direitos (saúde, escola, qualidade de vida, acesso aos serviços, paz), mas também significa dizer que estar nas favelas não se resume a dores. Há uma alegria nas favelas, há senso de comunidade, há uma cultura e modos de vida, há singularidade. Nosso usuário, sujeito-político-militante, por meio da dança, num duplo movimento, protesta e manifesta alegria de ser, estar e pertencer.

Mbembe (2021, p. 189), citando Fanon (1961), explica como a violência colonial subjugou o corpo negro, sendo esta uma rede, “ponto de violências múltiplas, diversas, reiteradas, cumulativas”, vividas tanto no plano do espírito como no “dos músculos, do sangue”. Desse modo, “[...] a tensão muscular do colonizado é liberada periodicamente [...] sendo a dança um modo de relaxamento que tende a assumir a forma de “orgia muscular, no curso da qual a agressividade mais aguda e a violência mais imediata são canalizadas, transformadas, escamoteadas” (Mbembe, 2021, p. 190). Portanto dançar, para o povo negro, não é tão somente pela estética e pela arte, é também sobre liberar o corpo, liberar as tensões musculares, dando contornos políticos ao ato de dançar.

Embora não fique nítido o que levou nosso usuário a parar de ir ao baile funk, percebemos que nosso sujeito foi capturado pelos modos de vida capitalísticos (“fui conformando” – fala do usuário), fazendo com que ele se perdesse de si, do seu desejo e do seu caráter político, o que ocasionou seu fechamento para o mundo e para as relações.

esqueceu”, ensinando a importância de resgatar o que foi perdido para progredir (Revista Sankofa, 2023).

Essa narrativa nos aponta para uma desvinculação de si para consigo mesmo, para com o social e com o que sustenta o sujeito no mundo, sua história, sua ancestralidade. Sendo esta captura própria do colonialismo atrelado ao capitalismo “a população negra tem ainda hoje, a negação e distanciamento do próprio corpo, impossibilitando a expansão mental, emocional, espiritual, cultural e social e influenciando negativamente no processo de autoconhecimento, autoimagem e relação com o outro e comunidade” (Regis & Francisco, 2021, p.18). Porém, a contraponto, “num movimento de resistência as comunidades negras guardaram e produziram saberes sobre estéticas e corporeidades negras que foram sendo repassados, reelaborados, aprendidos e socializados em âmbito local, global e nas culturas de massa” (Chaves, 2022, p. 746).

Sobre a violência colonial, Guattari (1992, p. 171 *apud* Yasui, 2010, p. 128) afirma que “é impossível aos homens restabelecer relações com suas terras natais, mas podem reconstituir uma relação particular com o cosmos e com a vida e se “recompôr” em sua singularidade individual e coletiva. Isso significa dizer que não é possível voltar aos modos de vida originários antes do período colonial, mas refazer-se a partir de um criar territórios existenciais. Pessoas negras sempre construíram e reconstruíram cultura africana tendo seus corpos como centro, o lugar das dores e prazeres que esse lugar de ser negro no Brasil provoca” (Barros; Francisco, 2021). Portanto esse movimento de construção e reconstrução, o qual chamamos diáspora, quer seja por meio da arte, da culinária, da música ou da religião, nada mais é que nosso corpo querendo voltar para aquilo que nos constituiu.

Permitir e favorecer, num movimento contracolonial, que como parte de um plano singular de tratamento, nosso sujeito dance é poder reafirmar um corpo livre que pode ser acionado e usado de diversas formas. É sobretudo fazer ressurgir a “coisa mais maravilhosa” para o sujeito, o que eu chamaria de alegria preta. Kabengele Munanga em seu texto *Riso negro e identidade* (2015) destaca que o riso é ao mesmo tempo uma resposta física e emocional e estabelece um vínculo forte e natural entre o psíquico e o somático, duas entidades que interagem num movimento recíproco que beneficia um e outro, importante para construção e o equilíbrio humano.

O autor faz distinção entre os vários tipos de risos conforme a etnia e a cultura, aponta para a singularidade do riso negro. Reforça, ainda, que esta alegria manifestada pelo riso aliado ao canto e à dança foi o que nos ajudou a fugir da

depressão e olhar diferentemente a vida e o mundo sem, entretanto, desistir de lutar para defender nossa dignidade humana e nossos direitos numa sociedade que nos escravizou e continua a nos manter na subalternidade exclusiva. Com todas as contrariedades, hostilidades e barbaridades pelas quais os negros passaram na história recente da humanidade, como a escravidão e a colonização, pensem nos sofrimentos psíquicos que conseguimos minimizar graças à nossa identidade risonha.

Ouso acrescentar à ideia de Munanga (2015) a ideia da fúria e do relaxamento muscular trazido por Mbembe e Fanon (2021). “A risada estridente e espalhafatosa do negro, que faz movimentar todo o corpo, que mostra os dentes e faz cair lágrimas, também proporciona um relaxamento ímpar além da comungação de momento único”. “A raiva, portanto, é a não aceitação da condição imposta pelos colonizadores. A raiva ameaça um modo de vida. O modo de vida da branquitude. A raiva é sempre luta de um coletivo enfrentando o ódio” (Lorde, 2019 *apud* Oliveira, R., 2020, p. 112). Logo a dança, o riso, a alegria preta é a reafirmação da vida em todas as suas esferas e raiva como um sentimento que potencializa a luta, que faz o negro se movimentar.

Favorecer o riso, a graça, a alegria a corpos sofridos e em sofrimento, subalternizados, adoecidos pelo capitalismo e muito pelas ciências da psique é abrir espaço para o novo e operar numa outra lógica de produção de saúde e de cuidado, pois...

[...] o ser se fortalece no amor e graça de amar fortalece o ser. O amor frutifica uma atenção disponível e entregue ao bem, e o desejo de bem fortalece a atenção necessária a graça de amar. O desejo de bem se dá em abertura, atenção e cuidado. O gesto de amor de amor que amplifica o olhar, e é também amplificado por ele, alastra a capacidade de inteligência e a percepção do outro, em especial, o olhar capaz de examinar e enfrentar o desamparo e a desgraça a que homens e mulheres estão submetidos, de considerar a história sob o viés dos vencidos” (Marques, 2023, p. 42).

Assim, o amor que viemos discorrendo até aqui tem a ver com querer nutrir a espiritualidade do outro, com olhar e se deixar ver, sem reservas. Com respeito à percepção do outro e suas potencialidades vistas por ele mesmo, tem a ver com respeitar e valorizar a história de vida do sujeito para além do que está posto e, nesse aso, o sofrimento psíquico.

6.2 O amor romântico

Até aqui temos discorrido sobre o amor de forma mais ampla e como ação política. Porém nessa segunda parte do capítulo quero propor uma conversa sobre o amor romântico.

Durante a pesquisa pude observar os movimentos de M. em busca do afeto. Muitas das inquietações de M. nesse período foram em decorrência de um relacionamento amoroso que ele tinha com outra usuária do equipamento. M. se apaixonou por uma moça mais nova do que ele e queria estabelecer um relacionamento sério. Porém a família da moça fez oposição a este relacionamento e, em se tratando de CAPS, havia uma política de “proibição” de relacionamentos amorosos entre usuários sob a justificativa de não ter técnicos suficientes que desse conta de atender tais pacientes, sob a pena de incorrer numa atitude antiética por parte do Psicólogo. Mesmo com tais proibições, o casal continuava a se relacionar de forma “escondida”.

Nas falas de nosso usuário, vemos que ele reconhece o preconceito social como um impeditivo no estabelecimento de relacionamentos, bem como a frustração por não estar num relacionamento estável. “Pesquisas apontam que as vivências sexuais dessas pessoas são historicamente construídas sob estigma, preconceito e negligências de direitos... Relatar que as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais têm comportamento de risco devido apenas a sua condição é uma lógica normativa, generalista e perigosa, que contribui para o aumento do estigma entre familiares e profissionais” (Detomini; Rasera, 2018, p. 308).

Indivíduos afetados por transtornos mentais frequentemente exibem níveis reduzidos de autoestima e sentimentos de inferioridade em relação à expressão de sua sexualidade. “As representações, entre os profissionais de saúde, sobre o sexo, o ato sexual e o prazer de pessoas com transtornos mentais foram de vergonha, de proibição e de desajuste. São representações muito antigas que persistem na cultura sexual moderna, e também entre toda a população” (Barbosa, J., *et al.*, 2015, p. 2171) . O mito e o tabu sobre a sexualidade de pessoas com transtornos mentais, além de negarem o desejo do outro, negam também o direito à sexualidade previsto em lei e conseqüentemente a orientação correta para uma experiência sexual segura.

O impedimento do relacionamento amoroso entre o nosso usuário e sua ficante por parte da família e do CAPS não foram suficientes para impedir a relação do casal. Durante a minha estadia no CAPS, nosso usuário suspeitava de a ter engravidado e estava bastante preocupado, com medo de ser agredido pela família da parceira. Num outro momento, durante uma conversa entre mim e ele durante a oficina, M. relatou que não havia a possibilidade de a moça estar grávida, pois na casa dele havia muitas camisinhas. O fato de ter muitos preservativos em casa não garante a não gestação se o homem não usar tal método contraceptivo.

A incerteza da gravidez faz surgir uma certeza, M. estava se relacionando sexualmente sem fazer uso dos preservativos. Sua percepção equivocada sobre ter muitos preservativos aponta para uma necessidade urgente no CAPS: uma educação sexual para que os sujeitos expressem livremente sua sexualidade com segurança e responsabilidade. Nosso usuário mais uma vez transgrediu as regras institucionais e da sociedade (família) para instituir seu projeto de vida: encontrar uma parceira para constituir uma família. A transgressão a favor do direito de poder existir e amar.

Encerro este capítulo reforçando que a energia direcionada pelo CAPS na tentativa de restringir os relacionamentos entre os usuários poderia ser mais eficaz se considerassem as multiplicidades e investissem num plano psicoterapêutico que tivesse por critério o desejo enquanto força motriz, uma vez que é em torno do seu desejo que o sujeito se organiza e se movimenta.

Além disso, destaco que aquilombamento é tão necessário para a saúde mental da comunidade negra quanto nosso corpo precisa de ar para respirar. O compartilhamento de território, a troca de conhecimentos intergeracionais, “compromissos, sonhos comuns, cantos, ritos que incluem gestos e manifestações externas, sinais internos subjetivos” (Marques, 2023, p. 73) fortalecem os laços comunitários contribuindo para o bem-viver.

As experiências afetivas na vida da população negra não são apenas uma faceta da luta política, mas também desempenham um papel fundamental na garantia da saúde física, mental e social. Em um contexto de sociedade marcada pelo racismo, essas vivências humanizam o indivíduo e permitem que corpos os quais, em tempos passados, tenham sido vítimas de violência, se integrem no imaginário coletivo. Ao fazê-lo, não apenas resgatam a dignidade outrora subjugada,

mas também oferece um contraponto crucial às adversidades sistêmicas enfrentadas diariamente no afã de uma sociedade mais justa e saudável.

6.3 Do inesperado ao possível: o aquilombamento no CAPS – uma estratégia contra práticas hegemônicas

*Onde estiver, seja lá como for
Tenha fé, porque até no lixo nasce flor.*

Vida loka, Racionais MCs

“Eu sou feliz assim quando eu converso com amigos no mesmo nível que o meu no CAPS. Eu conheci muitos amigos no CAPS.”

Nesta segunda parte da entrevista percebemos a existência de um quilombo dentro do CAPS, sua potência e a capacidade de se instituir e de criar outros territórios. A concepção de um quilombo dentro de um CAPS inicialmente se apresenta como algo inesperado, da ordem do improvável. Imperceptível a olho nu, o quilombo desafia a institucionalidade na medida em que agencia territórios, produz sujeitos e é produzido por eles. Isso porque as práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascer formas totalmente novas de sujeitos e de sujeitos de conhecimento (Foucault, 2013). Há, portanto, um deslocamento do sujeito, se outrora ele era um paciente que precisava de cuidados, agora este se torna um sujeito político que se organiza coletivamente (quilombo) e agencia o coletivo e sua própria saúde.

Para discutirmos a forma como se tem dado, a partir da fala de M., o aquilombamento dentro do CAPS Valença, quero antes explicar o conceito e como entendemos o território. Território [*territorium*] procedente do latim, significa área delimitada/terra sob jurisdição e aponta para um espaço geográfico físico, demarcado, tornando-se, portanto, um conceito muito usado pela Geografia e outras ciências para delimitar os limites geopolíticos existentes entre municípios, estados e países. Também pode significar, para as ciências humanas e de saúde, um equipamento institucional tal como o CAPS, uma escola etc. Ainda podemos interpretar território como sinônimo de sujeito, ou seja, um indivíduo, seu corpo e suas relações.

O geógrafo Milton Santos (2002, p.84 *apud* Yasui, 2010) critica essa visão tradicional da geografia sobre território e o concebe como um “objeto dinâmico, vivo de inter-relações, não devendo ser considerado somente em suas divisões jurídico-políticas, mas em suas heranças históricas e seu atual conteúdo econômico, financeiro, fiscal e normativo”. Nessa perspectiva, “Lugares e regiões tornam-se tão fundamentais para explicar a produção, o comércio, a política, que se tornou impossível deixar de reconhecer o seu papel na elaboração dos países e do mundo” (Santos, 2002, p. 99 *apud* Yasui, 2010, p. 126).

Para nós é fundamental entender o sujeito como um território. Isso implica dizer que há território (sujeito) dentro de outros territórios (espaços físicos e comunitários) e nenhum desses territórios são fixos, sendo “planos de imanência e itinerância, é um plano de fixidez e mobilidade” (Hur, 2021, p. 18), nunca acabado, mas sempre em construção. Como aponta Bondía (2002, p. 25), nosso corpo é diariamente

[...] um território de passagem, passagem esta de um ser que não tem essência ou razão ou fundamento, para um ser [grifo meu] que simplesmente ex-iste de uma forma sempre singular, finita, imanente, contingente. O sujeito da experiência é um sujeito alcançado, tombado, derrubado. Não um sujeito que permanece sempre em pé, ereto, erguido e seguro de si mesmo; não um sujeito que alcança aquilo que se propõe ou que se apodera daquilo que quer; não um sujeito definido por seus sucessos ou por seus poderes, mas um sujeito que perde seus poderes precisamente porque aquilo de que faz experiência dele se apodera. Em contrapartida, o sujeito da experiência é também um sujeito sofredor, padecente, receptivo, aceitante, interpelado, submetido. Seu contrário, o sujeito incapaz de experiência, seria um sujeito firme, forte, impávido, inatingível, erguido, anestesiado, apático, autodeterminado, definido por seu saber, por seu poder e por sua vontade.

Portanto o que acontece nas instituições e em especial no CAPS (território físico e político) é uma composição de novos territórios (imanência), visto que os sujeitos (corpo-território) se encontram. Essa composição de territórios que se dá por meio dos encontros (usuários x usuários; usuários x profissionais do CAPS; usuário x com outras pessoas circulantes no espaço) podem ser bons ou maus. Isso implica dizer que podem favorecer a potência do indivíduo, mobilizando-os para a ação, ou podem despotencializá-los, o que configuraria um mau encontro.

Para Hur (2021), as instituições sempre trabalham na contenção dos fluxos (singularidades), na codificação de processos e na tentativa de captura desses territórios. Em se tratando do campo da saúde, as tecnologias de cuidado podem

servir a este propósito, quando “controlam, integram e racionalizam, sobrecodificam as condutas e o viver com base na lógica das maiorias dominantes” (Hur, 2021, p. 171). Entretanto, como aponta o mesmo autor, é impossível uma captura total dos territórios, pois sempre haverá linhas de fugas e linhas de luta que escapam as normativas ainda que de forma imperceptível. É exatamente isso que nos faz entender o nascimento de um quilombo dentro de uma instituição cujas práticas são racistas e homogeneizantes, que opera o cuidado em saúde mental na maioria das vezes por meio de tecnologias leves-duras.

Uma outra justificativa psicológica e ancestral para a criação de um quilombo dentro do CAPS repousa nas palavras de Mbembe (2021, p. 73), que diz que “o surgimento dos quilombos se faz ante a necessidade de imaginar e fazer surgir outro lugar, onde fosse possível se isolar para se manter protegido. Manter-se protegido requer uma distribuição do sensível e do afeto”. Assim, o encontro de territórios negros dentro do CAPS Valença fez surgir despretensiosamente um quilombo, e não o contrário.

Muito da literatura discute o quilombo sob a ótica da força e da resistência. Beatriz Nascimento (2021), por exemplo, aponta que o quilombo não pode ser reduzido a estas características, dado que houve tempos de paz e de relacionamentos afetivos no interior dos quilombos e com as vizinhanças que os cercavam. Reforço as características apresentadas pelos autores supracitados sobre a instituição quilombola: força, resistência, insurreição, paz e afeto. Estes são atributos presente ainda hoje nos coletivos negros, tal como vemos no CAPS por meio do nosso usuário, o que reafirma o caráter rizomático do quilombo.

6.3.1 Rizoma, máquina de guerra-

[...] o quilombo foi essencialmente um movimento coletivo de massa (Carneiro, 2001, p. 14).

[...] Os quilombos deste modo foram um fenômeno contra-aculturativo, de rebeldia contra os padrões de vida impostos pela sociedade oficial de e de restauração dos valores antigos (Carneiro, 2001, p. 13).

[...] As singularidades de cada quilombo, as insurgências e o surgimento e manutenção dos quilombos em diferentes Estados (Carneiro, 2001, p. 13).

[...] O ato de circuncisão transformava o jovem em *kilombo*. A casa sagrada e o território onde se desenvolvia a iniciação do guerreiro também se

chamavam *kilombo*. O acampamento onde se realizavam trocas comerciais também era denominado *kilombo*. E, por fim, o ato de deslocamento em esforço de guerra era o movimento do *kilombo* [...] O jovem iniciado no *kilombo* era preparado não só para a guerra, como para empreender e fundar territórios. Praticar o nomadismo como fundador de estabelecimentos territoriais seria sua saga quando adulto (Nascimento, 2021, p. 243).

O quilombismo está em constante reatualização, atendendo exigências do tempo histórico e situações do meio geográfico. Sendo o quilombismo uma luta antimperialista, se articula ao pan-africanismo e sustenta radical solidariedade com todos os povos em luta contra a exploração, a opressão, o racismo e as desigualdades motivadas por raça, cor, religião ou ideologia (Nascimento, 2020, p. 256-257).

6.3.2 Força e resistência-

[...] o quilombo foi essencialmente um movimento coletivo de massa (Carneiro, 2001, p. 14).

[...] O movimento de fuga era em si mesmo uma negação da sociedade oficial que oprimia os negros escravos, eliminando a sua língua, a sua religião, os seus estilos de vida. O quilombo, por sua vez, era a reafirmação da cultura e do estilo de vida africanos [...] os quilombos deste modo foram um fenômeno contra-aculturativo, de rebeldia contra os padrões de vida impostos pela sociedade oficial de e de restauração dos valores antigos (Carneiro, 2001, p. 13).

6.3.3 Amizade-

[...] o quilombo foi essencialmente um movimento coletivo de massa (Carneiro, 2001, p. 14).

[...] Os quilombos viviam em paz, numa espécie de fraternidade racial. Havia nos quilombos, uma população heterogênea, de que participavam a maioria os negros, mas que contara também os mulatos e os índios (Carneiro, 2001, p. 16).

[...] os negros já aquilombados eram incansáveis no recrutamento dos amigos, parentes e conhecidos (Carneiro, 2001, p. 19).

Esses princípios enumerados acima como características marcantes da/na organização quilombola se fazem presentes no CAPS por meio dos agenciamentos dos territórios negros que transitam pelo CAPS Valença. Nosso usuário, M., relata sua melhora e entendimento sobre sua condição de saúde a partir do momento em que começa a utilizar os serviços do CAPS e a se relacionar com seus amigos dentro do equipamento: “Eu era rude, corria atrás dos outros, depois eu fui

aprendendo que a vida não era assim, a vida era diferente. Depois que entrei pro CAPS eu vi como a vida era.”

Sobre a construção de vínculos afetivos e a identificação com seus pares (pessoas negras e com transtornos psíquicos), ele diz: “Eu sou feliz assim quando eu converso com amigos no mesmo nível que o meu no CAPS. Eu conheci muitos amigos no CAPS.” E complementa: “O W. é muito meu amigo, a gente conversa muito. As coisas que ele sofre eu sofro também.”

M. demonstra uma preocupação com seu amigo que não frequenta o serviço e, implicitamente, e seja a sua melhora tal como a si próprio: “Igual o T.. Eu não entendo por que não ajudam o T.. O T. é meu amigo também. A minha filha é da idade da filha dele. Eu fico assim pensando, ele fica andando na rua com o pau nas costas, com cachorro, com o cabelo assim todo trançado, senta na porta do cemitério. O T. não quis mais voltar pro CAPS.”

Nosso usuário, à medida que se relacionava com outros usuários, foi aprendendo sobre si, sobre o outro, sobre viver em comunidade, demonstrando empatia. Percebe-se a potência da vida, livre e desejosa de bons afetos, pois uma prática quilombista nasce dentro de uma instituição, ainda que os usuários não as nomeiem desta forma. Assim, “organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar” (Yasui 2010, p. 127), mas não com o intuito de captura. Contudo, para dar passagem para o surgimento de novos modos de constituição de si, trata-se, portanto, de humanizar o usuário, conferindo-lhe dignidade e atentando-se à sua história de vida individual e coletiva, enquanto corpo político e rizomáticos.

Em Núñez (2023, p. 114-115) lemos que “não existe descolonização individual; ela é necessariamente coletiva e tem em seu centro a luta pelo território [...] Nesse processo de descolonização, o exercício da coletividade é imprescindível. Isso tudo exige um trabalho emocional e psicossocial comunitário”. Ainda para essa autora há uma interdependência entre os seres humanos e o todo e é a interdependência e cuidado circular fontes de produção de saúde.

Nêgo Bispo, sobre a existência coletiva, traz o conceito de confluência para explicar como os seres estão conectados entre si, com a natureza e com o universo e é essa interconexão favoreceu as lutas insurrecionais da população afro-indígena. Portanto “confluência é a lei que rege a relação de convivência entres os elementos da natureza [...] regendo também os processos de mobilização provenientes do

pensamento plurista dos povos politeístas” (Bispo, 2015, p. 89). Bispo (2015, p. 27) ainda reforça que os escravizados não fizeram os quilombos sozinhos, “foi preciso trazer os nossos saberes de África, acrescido do conhecimento dos povos indígenas. Nessa confluência de saberes, formamos os quilombos, inventados pelos povos afroconfluentes, em conversa com os povos indígenas”.

Logo, uma coisa pressupõe a outra. Quilombo nos remete aos saberes ancestrais afro-indígenas e à coletividade. A confluência implicada de coletividade nos coloca em disputa no/pelos territórios em prol de outros modos de vida. Assim a coletividade, ou melhor, o quilombamento emerge como uma poderosa ferramenta na produção de saúde, pois acontece de forma relacional, transcendendo a individualidade e seguindo a lógica UBUNTU. Nessa perspectiva, a saúde é um feito e efeito coletivo moldado pelas interações e conexões entre os membros de uma comunidade, visto que ele pressupõe a existência de relações significativas, apoio mútuo e trocas culturais que alimentam a construção de subjetividades saudáveis.

Dito isso e ante o conversado até agora, no próximo capítulo abordaremos com maior profundidade a atenção necessária para captar esses movimentos rizomáticos e como podem fomentar o quilombamento nos serviços de saúde.

7 A ATENÇÃO E O TEMPO-PRESENÇA NA CLÍNICA DO CUIDADO: UMA QUESTÃO FORMATIVA

Mesmo quando tudo pede
Um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede
Um pouco mais de alma
A vida não para
Enquanto o tempo
Acelera e pede pressa
Eu me recuso, faço hora
Vou na valsa
A vida é tão rara
Enquanto todo mundo
Espera a cura do mal
E a loucura finge
Que isso tudo é normal
Eu finjo ter paciência...

Paciência, Lenine

O quilombismo é um movimento micropolítico que se tornou uma máquina de guerra e, justamente por isso, pode passar imperceptível para os operadores de saúde. Para perceber e poder operar junto com usuários-quilombolas é preciso desenvolver um olhar atento (olhar cartográfico). Para Marques (2023, p. 47) “esse olhar é porta de entrada que compreende muito além do princípio mecânico dado com o olho, é, portanto, o olhar que torna viável alguma comunhão com a beleza ordenadora da vida”.

Kastrup (2009, p. 48) aponta que esse “olhar atento requer a ativação de uma atenção à espreita – flutuante, concentrada e aberta. Concentrada na detecção de signos e forças circulantes, flutuante e aberta, pois faz uso do corpo para perceber os movimentos, ou seja, aciona o corpo vibrátil do pesquisador”.

Costa (2014, p. 74), elucidando Kastrup (2009, p. 48), diz que “o cartógrafo precisa necessariamente ter uma sensibilidade suspeita, precisa ter algo que, embora pareça muito comum, é cada vez mais raro: uma genuína curiosidade. Para isso, necessita estar disponível, ter uma boa dose de disponibilidade. Estar disponível é estar à espreita, com uma atenção leve. Não demasiadamente atento, o que o fará negligenciar todas as outras coisas que estão à sua volta; não demasiadamente distraído, o que tornaria a percepção muito volátil”.

É aguçar o olhar: “Aguçar o olhar é teimar em propor o avesso, transformar todo o corpo no sentido amplificado de ver, converter-se em experimento, perseverar

em levantar bandeiras de contraponto estético, existencial, ético-político” (Marques, 2023, p. 71). Ou seja, precisamos ver o outro, usuário do serviço, como belo, como algo que mereça nossa contemplação e, para tanto, faz-se necessário um olhar atento para as formas, gestos, desvios e singularidades. Para isso,

Para chegar a ser beleza, requer uma combinação de abertura à atenção, o trato com o ponto adequado de uma espera ativa, um desejo suficientemente capaz de nutrir o caminho mesmo desse encontro. Demanda o comum e o espiritual, chama pela máxima entrega de cada singularidade no trato da própria entrada singular no mundo (Marques, 2023, p. 36-37).

Ter um olhar atento ao outro, abrir-se para vê-lo e escutá-lo, é despir-se de toda arrogância do saber técnico e hegemônico, colocando-se na posição de que não se sabe sobre o outro, mas disposto a aprender do/com outro. Podemos associar essa espera ativa da qual fala Marques (2023) à ideia de tempo-presença, que em nada tem a ver com o tempo cronológico, mas com o tempo dos acontecimentos. Dedicar tempo-presença na produção de cuidado muitas vezes requer do trabalhador resistência contra as pressões do relógio, da urgência e do imediatismo.

“O exercício da presença é ponto essencial para uma relação de cuidado” (Carancho, 2022). Desenvolver esse olhar atento e o tempo-presença não é tarefa simples, uma vez que mobilizamos todo nosso corpo para ver-sentir, numa época de muitas distraibilidades. Me faz pensar nos meus encontros com os usuários durante as oficinas esse deparar-me com a escrita de Carancho (2022) e a sua afirmação:

A escuta é um caminho para o cuidado e a dignidade... Não há cuidado sem escuta e se há vida sem cuidado esta é a vida seca, que flui para a morte até, pelo menos, ser escutada, testemunhada e arrancada de uma possível invisibilidade... Contudo, escutar é mais que ouvir e cuidar é mais que escutar... Cuidar é criar pequenas condições para que uma vida exista e se mantenha viva.

A escuta deve estender-se a escolas, locais de trabalho e comunidades. A habilidade de escutar com atenção transcende a mera audição de palavras; ela representa um compromisso profundo e sensível com a narrativa única de cada paciente. O profissional de saúde mental, ao incorporar o tempo-presença, se torna não apenas um receptor de informações, mas um facilitador do entendimento mútuo e da construção de um diálogo autêntico. A vitalidade da abordagem do tempo-

presença na prática profissional, especialmente no contexto da escuta clínica decolonial na produção de cuidado, portanto, torna-se essencial.

Pude estar com eles, ouvi-los, ser corpo-tempo-presença. Foram muitas histórias de vida contadas ali, tristes ou alegres, que mobilizam o grupo num misto de emoções. O fato de estar com eles, ofertando meu corpo-tempo-presença, nas singularidades dos encontros, fez com que terceiros (novos estagiários, usuários ou familiares) me questionassem “quem é você?”, “Você é usuária?”. Ser corpo-tempo-presença conferiu dignidade aos usuários, na medida em que eles se podiam contar e serem ouvidos me retirando de um lugar hierárquico e idealizado (pesquisador-sabe-tudo) e nos permitia estabelecer uma relação horizontal, ou seja, pessoas comuns compartilhando saberes e experiências de vida.

Desses encontros na oficina, oficina de contação de história, muito embora esta não tenha sido planejada para o dia, podemos fazer um furo no muro saindo de uma proposta de atividade homogeneizante, infantilizada e sem sentido. Pude conhecer histórias de vida que eram desconhecidas do corpo técnico do CAPS e que nem constavam nos prontuários dos usuários. Mairesse e Fonseca (2002, p. 113) afirmam que

contar uma história pode vir a ser um movimento de desdobramento, deixando vir o “de dentro” para “fora”, libertando aquele que se refugia nos entres das envergaduras, agenciando no sujeito uma nova configuração do ser. Em sua pluralidade, infinitas vozes dialogam, disparando um novo processo, um devir de diferença; um sujeito mais livre enquanto em movimento de devir, enquanto em processo de singularização, em entrelaçamento, junção e disjunção de si com os outros.

Portanto

O ato de contar resgata a memória para infinitos encontros que se realizam nas histórias. Por isto o dizer, o contar, é uma arte do fazer, uma arte de produzir e de transformar uma realidade que já existe em função do que outrora foi falado. Deste modo, a dupla contar/escutar vai tecendo uma nova rede, entrelaçando pedacinhos de tempo perdidos a uma cadeia temporal estabelecida, fixada em datas, horas e lugares, compondo uma história onde se ressuscitam fantasmas, tornando presentes as ausências [...] Aciona-se a reversibilidade do tempo e com este a produção de práticas e afetos (Mairesse; Fonseca, 2002, p. 114).

Assim, a possibilidade de contar/escutar constitui o processo de cuidado, pois favorece o autoconhecimento, a produção de si e a produção de saúde do próprio indivíduo, na medida em que ele se narra. De acordo com Gama (2022, p. 40), “cada

história comunicará as saídas para o sofrimento e que a liberdade de fazer esse atravessamento no território é uma ferramenta cheia de potência. Aproximar-se das pessoas sem medo é a principal ferramenta de acesso às suas histórias; é na escuta clínica que está à possibilidade de criar as intervenções”.

Como já dito anteriormente o cuidado na cosmovisão africana não é tarefa única e exclusiva de uma pessoa, sendo possível que uma criança seja cuidada por várias mães, vários tios e pais (Somé, 2007), ou seja, por uma família extensa, não necessariamente vinculada biologicamente. Por isso, queremos dizer que, se há um quilombo instituído dentro do CAPS, as práticas de cuidado também deveriam seguir a mesma lógica. Nessa proposta, o cuidado é construído de forma coletiva e as relações são democráticas e horizontais, o que significa dizer que o bem-estar de um interfere na saúde do outro. Nessa lógica de cuidado não há um técnico responsável pelo cuidado, mas todos (usuários x usuários, usuários x técnicos) se cuidam e se tornam responsáveis uns pelos outros.

Preciso também dizer que, talvez, eu tenha conseguido adentrar nessa relação de intimidade com os usuários justamente por eu ser o outro, a estrangeira no serviço. Minha presença causou interferências e furos que talvez não fosse possível se eu fosse uma técnica naquele CAPS, pois muito provavelmente estaria capturada por aquela organização do trabalho. O estar com eles na condição de estrangeira me permitiu desenvolver um olhar atento para as forças e singularidade de cada encontro.

Parafraseando Bondiá (2002), todos os dias se passam muitas coisas e no serviço público, especificamente o CAPS, local do imprevisto, todo dia é dia de fluxos intensos, de forças desterritorializantes, de segmentação, de demandas urgentes que por vezes capturam o serviço, impedindo parar para olhar o outro, para pensar o serviço e produzir novas formas de cuidado.

Frente ao que estamos propondo sobre um cuidado em saúde mental singular, que se constrói coletivamente e para o desenvolvimento de uma atenção implicada, creio que seja necessário convocar todos os atores do equipamento, no cotidiano do trabalho, para juntos pensarem e construírem um processo de educação permanente e acionar dispositivos como análise de implicação, análise institucional e supervisão clínica. Quero aqui dar ênfase à educação permanente, por acreditar que em razão dela é possível acionar quaisquer outros dispositivos de análise institucional.

A educação permanente torna-se um dispositivo legal a partir da Lei n. 8.080/90, quando, em seu artigo 14, delibera que deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. O objetivo é propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação permanente dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde. Já no ano de 2004, por meio da Portaria GM/ MS nº 198, é instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, cuja ênfase é dada na educação formal.

No entanto, o que esses dispositivos legais desconsideram é o cotidiano do trabalho. Entender sobre nosologia da doença, as classificações do sistema de saúde, preencher prontuários entre outras ferramentas não são suficientes para habilitar um profissional a lidar com vidas. Ceccim (2010, p. 67) aponta que

A qualidade do cuidado não resulta somente da formação dos profissionais, mas no questionamento do papel da formação para o desenvolvimento de práticas cuidadoras. As práticas de ensinar e as práticas de cuidar se relacionam com a subjetividade, a subjetivação e a ressingularização permanente de processos individuais, coletivos e institucionais, logo, ambas têm implicação com a Saúde Mental.

Para Merhy (2005, p. 172),

[...] já não é mais possível sustentar visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde se deve à falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida à medida que suprimos, por cursos compensatórios, aquilo que lhes falta. Diante desta visão do problema, estes gestores passam a propor cursinhos à exaustão, que consomem recursos imensos e não vêm gerando efeitos positivos e mudancistas nas práticas destes profissionais.

É necessário atentar-se para a relação que se estabelece entre educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro. Há, ainda, efeitos fundamentais para a construção da competência do trabalhador e para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo).

Não se trata, pois, de descartar a formação acadêmica, mas de entender suas limitações quanto à explicação dos fenômenos na/da saúde mental no/do território e

da sustentação de uma produção de cuidado ético-estético e político. Assim entendemos educação permanente como um processo contínuo de aprendizagem que se dá não somente por meio de educação formal, mas tendo o cotidiano e seus atravessamentos como base e tendo em vista seu heterogêneo. Afirmar que a formação em saúde se faz no dia a dia é considerar as relações e tratar cada demanda e cada usuário como únicos. Isso implica dizer que diariamente é preciso inventar o trabalho e, em se tratando de saúde mental, fazer uso da criatividade considerando novas epistemes.

Parece fácil estar com outro para aprender dele, por meio da escuta, o modo como ele se cuida, como entende seu processo de adoecimento vs. saúde, sobre como gere sua vida, perceber as forças e suas variâncias. No entanto esse exercício é de extrema complexidade, porque, como já discutido anteriormente, ter um encontro com o usuário envolve acionar no corpo técnico um corpo vibrátil. “Para ensinar a aprender um tratar, cuidar, atender, escutar, um conjunto de práticas precisam nos colocar diante do outro, do diverso, do estranhamento” (Ceccim, 2010, p. 70). É no estranhamento, nas dúvidas, na desestabilização, que o profissional de saúde se capacita e se forma, pois, diante do não-saber-o-que-fazer, tal profissional vai buscar saberes outros, vai tentar criar estratégias diferentes, vai discutir o caso com outros profissionais, vai acionar o corpo vibrátil e outras experiências já vividas e aprendidas.

O desafio está, como aponta Merhy (2005, p. 173), “em produzir autointerrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado; colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho”. É baseado nisso que podemos afirmar que nosso usuário e o cotidiano do trabalho são os principais educadores de um serviço de saúde e que ressalto:

Atravessar o trabalho pela formação, não formar para ajustar a qualidade do trabalho. Atravessar o trabalho pela formação quer dizer interrogar o trabalho. Interrogar a inserção dos trabalhadores, as relações entre os vários serviços, a compreensão das implicações do trabalho com a vida de seus usuários e como o cotidiano serve à construção de conhecimentos e práticas, além de interrogar sobre o cruzamento dos saberes de si, saberes da experiência e saberes formais (Ceccim, 2010, p. 77).

Diante disso, proponho o mesmo questionamento feito por Miranda (2021, p. 45): “Como tem sido a discussão das colonialidades na tessitura dos corpos-

territórios dos futuros/as educadores e educadoras? Como se tem dado a operação de conceitos e fazeres contra coloniais na formação em saúde?”

Carvalho (2005, p. 65) aponta que “a maioria dos profissionais de Saúde são formados em ambientes e escolas de classe média. Possuem uma visão de mundo própria de sua categoria socioeconômica e convivem em tempos e espaços bem diferentes daqueles que os procuram nos serviços públicos de saúde”. Essa discrepância social e econômica entre usuários do SUS e operadores de saúde interfere na qualidade do atendimento ofertado, produzindo barreiras e dificuldade de acesso ao serviço.

Por isso, faz-se necessário e de extrema complexidade falarmos de uma educação antirracista dentro da educação permanente e formação para o trabalho, posto que o racismo enquanto estrutural também se faz presente na academia e nos serviços de saúde. Isso também porque “a implementação de políticas públicas direcionadas à saúde da população negra brasileira tem sido insuficiente, o que contribui para a manutenção da hierarquia racial estabelecida pelo colonialismo” (Tavares; Jesus Filho; Santana, 2020, p. 138).

A necessidade de formação para educação antirracista no SUS encontra respaldo legal na PNSIPN, que assegura

[...] inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social na saúde; incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde da população negra; promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas; e desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos e fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades (Brasil, 2010, p. 18-19).

Embora as políticas públicas educacionais já estejam em vigor no país, em especial por meio das Leis nº 10.639/2003, nº 11.645/2008 e PNSIPN/2017, é de extrema urgência trazer esse debate para o campo da saúde. Entende-se, numa justificativa, que a descolonização das práticas de cuidado e a inclusão das teorias e dos saberes afro-diaspóricos podem ampliar a potência de um agir em saúde, contribuindo para a “promoção da equidade racial e para a desinstitucionalização do racismo” (David, 2020, p. 108). Assim, Gama (2002) nos propõe o seguinte questionamento: “Quais saberes orientam o cuidado para a população preta?”

A resolução CNS nº 715/2023, publicada recentemente, responde a esse questionamento quando prevê

[...] enfrentamento do racismo, a intolerância religiosa, o patriarcado, a LGBTIA+fobia, o capacitismo, a aporofobia, a violência aos povos indígenas e todas as formas de violência e aniquilação do/a outro/a; a orientação do SUS por paradigmas multiculturais desde a Atenção Básica, contemplando a pluralidade da população negra brasileira e implementando dispositivos concretos de indução da Política Nacional de Saúde da População Negra com ações macropolíticas (financiamento, regulação, monitoramento e avaliação) e micropolíticas (educação/formação, comunicação e mobilização); o respeito aos saberes e práticas de saúde ancestrais e tradicionais da medicina quilombola, com um novo modelo de saúde que seja antirracista, voltados para o cuidado integral, promovendo a equidade em saúde e garantindo a sua implementação, avaliação e monitoramento; o reconhecimento das manifestações da cultura popular dos povos tradicionais de matriz africana e as Unidades Territoriais Tradicionais de Matriz Africana (terreiros, terreiras, barracões, casas de religião, etc.) como equipamentos promotores de saúde e cura complementares do SUS.

Percebe-se um avanço em termos de construção de políticas públicas que contemplem a diversidade, contudo para o êxito é necessário capacitar permanentemente dos operadores da saúde. É preciso apostar na produção de cuidado que verse sobre “posicionamento ético, que catalise encontros recíprocos entre negros, entre negros e as expressões culturais de matriz africana, entre negros e não negros, entre não negros e as produções culturais negras, e criar campos de acolhimento, de conforto, de confiança” (Costa 2018, p. 231). Nesse movimento, diversos dispositivos podem ser empregados, tais como encontros circulares, almoço compartilhado, contação de histórias, memória, grupos de ajuda e suporte mútuo, espiritualidade, corporeidade, práticas integrativas e complementares (Gama, 2022, p. 39).

Portanto reafirmar uma educação antirracista, decolonial e contracolonial nos serviços de saúde é assumir um compromisso político com a reforma psiquiátrica, um compromisso com a vida (Borret *et al.*, 2020). E,

Frente ao desenraizamento instituído desde a esfera do trabalho, assegurar a educação em sintonia com o mundo humano, a experiência com a face filosófica da atenção é a perspectiva que vale figurar no centro das ideias, vivências e discursos. Como contraponto ao mundo moderno, é ainda mais urgente a proposta de resguardar e promover a atenção. Afinal, se ela é o elemento que viabiliza e sustenta uma relação com a vida capaz de reafirmar o mundo humano, é também ela a condição fundamental ao estudo (Marques, 2023, p. 49).

O constante avanço da ciência nas práticas clínicas e as transformações sociais exigem profissionais atualizados e adaptáveis, e, sobretudo, atentos. Nesse contexto, programas educacionais devem proporcionar uma base sólida de conhecimentos teóricos, aliada a experiências práticas. Além disso, a ética e a humanização no cuidado devem ser pilares centrais do ensino para profissionais de saúde, preparando-os não apenas tecnicamente, mas também para lidar com a diversidade de pacientes e situações que podem surgir. Entendo que a educação permanente é essencial para todos os atores envolvidos no processo de cuidar, incluindo os próprios usuários do serviço, não se limitando ao ambiente clínico, e estendendo-se a escolas, locais de trabalho e comunidades.

Concluo este capítulo enfatizando que a formação permanente emerge como um dispositivo para o desenvolvimento dessa escuta atenciosa e para a promoção de uma prática profissional que transcenda abordagens tradicionais. Investir no aprimoramento constante não apenas fortalece as habilidades técnicas, mas também nutre a sensibilidade cultural e social necessária para uma escuta decolonial efetiva. Afinal, a escuta comprometida é um ato de resistência contra narrativas unilaterais e estigmatizantes e oferece um espaço seguro para que as vozes dos pacientes sejam verdadeiramente ouvidas e respeitadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciei esta jornada acadêmica partindo do pressuposto de que o racismo impõe graves consequências à saúde mental da população negra. Por meio da revisão bibliográfica pude ter a confirmação de que a discriminação racial afeta profundamente o bem-estar psicológico e emocional dos indivíduos negros.

O racismo, infelizmente, cria subjetividades tanto em pessoas negras e não negras. Ninguém sai imune a ele. Contudo e sem sombra de dúvidas o agravo é maior para a população negra, cuja internalização de atributos negativos leva ao sentimento de inferioridade e constrangimento nas relações sociais influenciando a autoestima, personalidade e a manutenção da própria existência, pois habitar um corpo negro é estar diariamente em risco.

Por meio da pesquisa eu pude identificar algumas práticas de cuidados em saúde mental existentes no CAPS Valença e estas que por mim foram observadas e mapeadas não tinham convergência com a Política de Saúde da População Negra e com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Da minha estadia no CAPS eu percebi que as práticas de cuidados não abrangiam a subjetividade da pessoa negra, ao contrário do que se esperava, o serviço operava por meio de tecnologias leve-duras, ou seja, as estratégias e intervenções em saúde mental no CAPS Valença não estavam devidamente sensíveis às especificidades culturais e às experiências vividas dos negros.

Em contrapartida, eu me encontrei com um quilombo dentro Caps o que se configura como uma forma de autocuidado. Percebi que os usuários negros do serviço se cuidavam a partir das relações de amizade que eram estabelecidas dentro e fora do serviço, construindo para si um espaço de resistência, autonomia e solidariedade, ou seja, uma forma particular de cuidado não institucionalizada, ainda que eles não tivessem dimensão do que isso significasse.

Há que se reconhecer e valorizar essas redes informais (redes rizomáticas) como componentes significativos do cuidado em saúde mental, não somente por compensar as lacunas nas práticas institucionais, mas por toda sua potência e capacidade de gerar afetos no usuário e na equipe

O amor então deve ser visto como uma prática de resgate da dignidade, enfrentamento à desumanização e promoção da saúde psíquica. A prática de

aquilombamento, ou seja, a reunião e fortalecimento de comunidades negras, se apresenta como uma forma de resistência, cuidado, mas também como um espaço seguro de pertencimento e valores compartilhados que por vezes e quase sempre extrapola e transcende laços sanguíneos.

E na atualidade, os quilombos modernos (favelas, famílias negras, sambas, baile charme, os cultos de axé, etc), continuam sendo espaços de resistência e preservação cultural mantendo vivas tradições de cuidado coletivo e afeto e esse recorte racial-cultural deve ser considerado pelas equipes na discussão de casos.

A existência de um quilombo dentro do CAPS reforça o axé (força vital da vida), a vida pulsa e emana mesmo em ambientes não favoráveis, e nos aponta a importância das relações interpessoais, da construção de redes de apoio no processo de cuidado em saúde mental, pois por meio dessas relações de amizade acrescido a tecnologias leves é possível ofertar um cuidado humanizado e por conseguinte contribuir para o bem-estar psicológico e emocional de todos os atores.

Um outro caminho possível para os serviços de saúde seria a valorização da negritude e sua cultura, o fortalecimento dos processos identitários e a ancestralidade pois estes agregados a coletividade e ao amor tornam-se ferramentas essenciais para produzir saúde e combater o racismo.

Faz-se necessário lembrar que o combate ao racismo não é tarefa única e exclusiva da população negra, devendo ser uma pauta coletiva. E no campo da saúde pública é possível lutar por esta causa por meio de uma prática que valorize a integralidade e a “igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (Lei 8080/90).

O meio acadêmico tem se aberto a discussão sobre os impactos que o racismo traz a saúde e psicólogos(as) negros(as) e outros profissionais de interface com a saúde tem trazido pontos de tensionamento tais quais: a reforma psiquiátrica; a violência de gênero; o atendimento psicológico (escuta terapêutica, narrativas de pessoas negras atendidas por psicoterapeutas brancos); a influência do racismo em nível de saúde mental, epistemologia preta, Afrocentricidade como proposta de cuidado, etc.

Se por um lado, apreendemos que o enfrentamento ao racismo faz parte das diretrizes que regem a Psicologia brasileira, por meio de normas para atuação dos psicólogos, com base em diversas normativas nacionais e internacionais. Por outro, observamos um chamamento para que se coloquem em prática a Educação das

relações étnico-raciais como componente curricular obrigatório nos cursos de formação de Psicologia para que esses possam contemplar uma reflexão crítica acerca do debate de raça, racismo, antirracismo nos planos políticos-pedagógicos e curriculares.

Assim, para compreender as demandas da população negra brasileira, faz-se necessária uma mudança epistemologia na Psicologia e na Saúde Coletiva, considerando saberes, modos de vida e práticas ancestrais, estabelecendo diálogos com a Filosofia Africana, o Pan-africanismo, a Afrocentricidade e Estudos Afrodiaspóricos e exigindo, portanto, uma abordagem interdisciplinar. Nesse aspecto, interrogo o mesmo que Abdias Nascimento (2009, p. 206):

Como poderiam as ciências humanas, históricas-etnologia, economia, história, antropologia, sociologia, psicologia, e outras nascidas, cultivadas e definidas para povos e contextos socioeconômicos diferentes, prestarem útil e eficaz colaboração ao conhecimento do negro, à sua realidade existencial, aos seus problemas, aspirações projetos? Seria a ciência social elaborada na Europa ou nos Estados Unidos tão universal em sua aplicação?

É muito difícil, senão impossível, entender os estilos de vida das pessoas pretas usando as teorias tradicionais desenvolvidas por psicólogos brancos para explicar às pessoas brancas, pois o que por vezes compreendemos como crise pode estar relacionado ao “descentramento ou desafricanização”, consequência psicológica das experiências dos africanos em toda a diáspora. Essa não é apenas uma experiência individualizada, mas experimentada há séculos pelo povo africano em diáspora. (Castro, 2022, p.43).

Outro exemplo que eu poderia dar para justificar a importância de uma psicologia afrocentrada, a despeito de tantos outros, reside no fato de que “a crise” propriamente dita pode estar relacionada a uma manifestação religiosa (receber o espírito) e que em nada tem a ver com as disfuncionalidades catalogadas pelos manuais de psiquiatria. Logo, essa perspectiva afrocentrada nos obriga a desenvolver um outro olhar a respeito sujeito que se encontra conosco.

O problema desta ciência genérica está no fato de não considerarem as especificidades de outros povos propondo assim o conhecimento como uma verdade única, hegemônica, o que se traduz em violência contra outras formas de

vida e epistemes. Partindo da ideia de afrocentricidade que valoriza o lugar que ocupa o sujeito, pode-se então em falar de Psicologia no plural, ou seja, Psicologias, pois embora a experiência da maioria dos indivíduos negros seja verossimilhantes, cada sujeito tem sua própria experiência e olhar conforme o lugar que ocupa na sociedade.

Trata-se então de considerar o sujeito que fala, de onde fala (lugar), sua agência e leitura da vida e da sociedade. É preciso atentar-se para o paradigma da Psicologia Afrocentrada, que tem como premissa uma abordagem epistemológica inclusiva (Grills, 2002) e na cosmovisão afrocêntrica, em que “a unidade e a diversidade coexistem e complementam-se” (Mkhize, 2021, p. 425). Aqui, entendo a medicalização da vida como

[...] uma das estratégias adotadas pela psiquiatria tradicional, buscando conter os corpos e subjetividades, e ao longo da história pudemos ver quais foram os corpos alvos da intervenção médica ou do Estado. Como essas instituições reproduzem a violência? Reafirmando uma dada normalidade, imposta socialmente, pautada em uma concepção de sujeito normal e patológico. Assim, temos a construção de uma concepção de loucura embasada na ideia de um homem universal, em que aquele indivíduo que está fora desse padrão precisa ter sua subjetividade e seu corpo contido. Para isso tais instituições foram criadas (Gouveia, 2020, p. 74-75).

Ainda conforme Passos (2023, p. 52), “a normalidade e a racionalidade que subsidiaram a psiquiatria pineliana estiveram ancoradas em uma compreensão de sociedade que sustenta a noção de homem universal e aniquila as diferenças. Portanto, se as diferenças são identificadas como doença, logo foi preciso tratar e corrigir comportamentos, práticas, valores, desejos”.

Assim muito do que na Psicologia Ocidental se contrapõe à Psicologia Afrocentrada e ao Quilombismo, pois o que, para uma, é patologia para a outra são modos de existência de um povo conforme a localidade do sujeito. Dentro dessa perspectiva, sempre haverá uma discrepância entre modos de vida da população negra que o tempo todo, consciente ou inconscientemente, está em busca de si e de sua ancestralidade como forma de produção de um bem-viver.

A Psicologia Preta tem forçado o campo global da psicologia a reconhecer que não existe uma realidade psiquiátrica universal e que, em termos de conhecimento e prática psicológica, a única perspectiva válida é aquela que reflete a cultura das pessoas atendidas (Nobles, 2013). Portanto “uma psicologia verdadeiramente humana exige que reconheçamos o outro como alguém diferente

de nós. Isso implica dialogar com suas histórias de vida, filosofias, ontologias e epistemologias” (Mkhize, 2021, p. 424).

Diante desse cenário, aprofundar a análise dessas práticas torna-se crucial para promover a equidade e a qualidade nos serviços de saúde mental. Isso pode envolver a revisão e adaptação das abordagens terapêuticas, a capacitação de profissionais para uma compreensão mais sensível das questões raciais e culturais, e o desenvolvimento de políticas internas que promovam a inclusão e a diversidade, alinhado não apenas com as diretrizes gerais da saúde mental, mas também com os princípios de justiça social e respeito à diversidade.

Nesse contexto, aprofundar a compreensão dessas dinâmicas pode contribuir para aprimorar as abordagens de cuidado no CAPS. Isso inclui reconhecer e integrar ativamente as redes de apoio e amizade na concepção de programas e intervenções, promovendo uma abordagem mais sensível ao cuidado em saúde mental.

É importante ressaltar que, apesar das adversidades impostas pelo racismo, a população negra tem demonstrado resiliência e capacidade de reinvenção. Sujeitos que resistem às dores provocadas pelo racismo, reafirmando sua identidade, cultura e contribuições para a sociedade. Este fenômeno de resistência e resiliência destaca-se como um aspecto vital e inspirador, demonstrando a potência e agência negra. Em conclusão o reconhecimento e enfrentamento do racismo, a luta em prol da equidade e da justiça, são fundamentais para a promoção da saúde mental e para a construção de uma sociedade verdadeiramente inclusiva e antirracista.

ANEXO I

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Tema: SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: DO RACISMO A CONFECÇÃO DA PRODUÇÃO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA AFRODISPORICA

Objetivos:

- Identificar e mapear as práticas de cuidados em saúde mental existentes no CAPS de Valença.
- Identificar e mapear práticas de autocuidado dos usuários do CAPS.
- Analisar, juntamente com os usuários do CAPS, situações cotidianas de racismo e o impacto delas no âmbito individual e coletivo.

Esta investigação insere-se no âmbito do processo de mestrando do Programa de Psicossociologia das Comunidades e Ecologia Social da UFRJ e pretende estudar a saúde mental da população negra na confecção da produção de cuidado na perspectiva afrodiáspórica. Essa pesquisa segue as normas das Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, que normatizam a pesquisa com seres humanos sendo comunicado e solicitado ao participante o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em virtude do sigilo garantido aos entrevistados no que se refere à identificação nominal, no decorrer do texto serão utilizadas siglas aleatórias para preservar a identidade dos entrevistados.

1. Qual é a sua idade?
2. Você tem filhos? Idade?
3. Você já participou de uma pesquisa antes?
4. Como se sentiu ao ser convidado(a) para participar desta pesquisa?
5. Como você se descreve? Isto é, como você diria quem é você para alguém?
6. Atualmente com quem você mora e onde mora?
7. Sobre a vida afetiva: Você é ou já foi casado (o)? Atualmente tem algum companheiro
(a) afetivo?
8. O que você entende por “sofrimento psíquico” ou “Transtorno mental”?
9. Quando e como foi o início do seu sofrimento psíquico?
10. Como você cuida da sua saúde mental?
11. Você já percebeu ou já passou por situações constrangedoras que atrelem a cor da sua pele a sua condição de saúde? Se sim, me conte uma situação.
12. Ainda sobre a questão anterior: Como você lida com as situações constrangedoras, ou seja, de racismo e preconceito, no dia a dia? Como tais situações impactam na sua saúde mental?

REFERÊNCIAS

ABOU-YD, M. Por uma clínica antimanicomial: a audácia de um projeto. *Caderno Saúde Mental*, [s. l.], v. 1, p. 53-58, 2007.

ALMEIDA, S. L. de. *Racismo estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

ALVES, J. A. (2011). Topografia da violência: necropoder e governamentalidade espacial em São Paulo. *Revista do Departamento de Geografia*, [s. l.], v. 22, p. 108-134, 2011.

ALVES, M. C.; JESUS, J. P., & SCHOLZ, D. Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 39, n. 106, p. 869-880, 2015.

ALVES, M. R.; LUCENA, A. B. As repercussões do racismo na saúde mental da população negra. In: BARBOSA, I. R.; AIQUOC, K. M.; SOUZA, T. A. de (org.). *Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil*. Natal: EDUFRN, 2021.

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 4. ed. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.

American Psychological Association. (2021). Role of psychology and the American Psychological Association in dismantling systemic racism against people of color in the United States.

American Psychological Association disponível

https://www.apa.org/news/press/releases/2021/10/apology-systemic-racism?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=apa-press-release-racism&utm_content=apology-systemic-racism acessado em 13 de out de 2024.

ARAÚJO, D. P.; SILVA, M. A. B. O ensino da história e cultura afrobrasileira e indígena no currículo dos cursos de pedagogia de duas instituições de ensino superior. *@rquivo Brasileiro de Educação*, [s. l.], v. 8, n. 17, p. 322-351, 2020.

BARBOSA, J. A. G.; SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. de F. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 20, n. 7, p. 2165-2172, jul. 2015.

BARROS, N. M.; FRANCISCO, M. C. Saúde mental e aquilombamento: diálogos entre a psicologia africana e a psicologia corporal *Revista Latino-americana de Psicologia Corporal*, [s. l.], v. 8, n. 12, p. 82-95, 2021.

BARROS, S.; BATISTA, L. E.; DELLOSI, M. E.; ESCUDER, M. M. L. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, Sup. 1: e00090516, 2017.

BATISTA, L. E.; MONTEIRO, R. B.; MEDEIROS, R. A. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde e Debate*, [s. l.], v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.

BERTUSSI, D. C. *et al.* Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: MATTOS, R. A. de; BAPTISTA, T. W. de F. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde*. [s. l.]: Hexis, 2016.

BISPO, Antônio dos Santos. *A terra dá, a terra quer*. São Paulo: Ubu Editora/PISEAGRAMA, 2023.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, [s. l.], n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BORRET, R. H. *et al.* Reflexões para uma prática em saúde antirracista. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [s. l.], v. 44, p. e148, 2020.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. *Lei nº 10.639, de 10 de janeiro de 2003*. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.639.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. *Lei nº 11.645, de 11 de março de 2008*. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, modificada pela Lei no 10.639, de 9 de janeiro de 2003, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira e Indígena". Brasília, 2008. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2008/lei/l11645.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. *Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. *Lei nº 12.990, 19 de junho de 2014*. Reserva aos negros 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da administração pública federal, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União. Brasília, 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12990.htm. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2002.

BRASIL. *Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004*. Brasília, 2004. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/13150.html>. Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. *Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009*. Institui a Política Nacional de Saúde Integral Negra. Brasília, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html. Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. *Portaria nº 1.114, de 7 de julho de 2005*. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 2005.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 22 ago. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016*. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Temático saúde da população negra*. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BUENO, S.; PACHECO, D.; NASCIMENTO, T. O crescimento das mortes decorrentes de intervenções policiais no Brasil. *In: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum de Segurança Pública, 2020. p. 86-94. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2020/10/anuario-14-2020>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CAMPOS, A. O. A Psicologia e o racismo estrutural na atualidade latino-americana. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/As Negros/As (ABPN)*, v. 12, ed. especial), p. 27-51, 2020.

CARAJÁ, F. A. *Diário cartográfico das mães que perdem suas filhas e filhos pelas mãos do Estado: paisagens que se repetem*. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

CARANCHO, R. O cuidado é um exercício de presença. *Ciranda de Filmes*, [s. l.], 4 out. 2023. Disponível em: <https://cirandadefilmes.com.br/cuidado-eticas-e-tradicoes-cloned/>. Acesso em: 16 ago. 2023.

CARDOSO, L. da C. *O branco “invisível”*: um estudo sobre a emergência da branquitude nas pesquisas sobre as relações raciais no Brasil. 2008. 232 f. Dissertação – Faculdade de Economia e Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

CARNEIRO, E. Singularidade dos quilombos. *In: MOURA, C. (org.). Os quilombos na dinâmica social do Brasil*. Maceió: Ed. Edfal, 2001. p. 11-20.

CARREIRA, D. O lugar dos sujeitos brancos na luta antirracista. *SUR*, [s. l.], v. 15, n. 28, p. 127-137, 2018.

CARVALHO, A. M. T. de. *O sujeito nas encruzilhadas da saúde*: um discurso sobre o processo de construção de sentido e de conhecimento sobre sofrimento difuso e realização do ser no âmbito das religiões afro-brasileiras e sua importância para o campo da saúde coletiva. 2005. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

CASTRO, A. C. G. (Re)centralizando a partir do sagrado: expressões da saúde da mulher africana diaspórica. CABRAL, B. E. B. *et al.* (org.). *Encontro e acolhimento em territórios vivos*: narrativas para repensar tecnologias de cuidado a pessoas em crise na atenção psicossocial. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 42-44.

CECCIM, R. B. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em saúde mental. *Caderno Saúde Mental*, [s. l.], v. 3, p. 67-90, 2010.

CERQUEIRA, D. (org.). *Atlas da violência*. São Paulo: FBSP, 2021.

CERQUEIRA, P.; MERHY, E.; SILVA, E.; ABRAHÃO, A.; VIANNA, L.; ROCHA, M.; SANTOS, N.; CHAGAS, M.; TALLEMBERG, C.; SANTOS, M.; CARLA, A. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (org.). *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

CHAVES, E. Negritude, identidade e dança. *Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 742–762, 2022.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. do. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A. R. R.; ABRAHÃO, A. L.; COIMBRA, C. *Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde*. Niterói: EdUFF, 2008. p. 143-153.

COIMBRA, C. M. B.; NASCIMENTO, M. L. do. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In: ARANTES, E. M. M.; NASCIMENTO, M. L.; FONSECA, T. M. G. (org.). *Práticas PSI inventando a vida*. Niterói: EdUFF, 2007. p. 27-38.

COMO É SER MÃE DE MENINOS PRETOS em uma sociedade racista? [s. l.: s. n.], 18 jul. 2020. 1 vídeo (9 min). Publicado pelo canal Quebrando o Tabu. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fXjMgV6Lmyw>. Acesso em: 16 maio 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relações raciais: referências técnicas para atuação de psicólogos/as*. Brasília: CFP, 2017.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP nº 18, de 2002*. Brasília, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Resolução nº 1. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, p. 11, 22 jun. 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 466, de 2012*. Brasília, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 510, de 2016*. Brasília, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Resolução nº 715, de 20 de julho de 2023*. Dispõe sobre as orientações estratégicas para o Plano Plurianual e para o Plano Nacional de Saúde provenientes da 17ª Conferência Nacional de Saúde e sobre as prioridades para as ações e serviços públicos de saúde aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2023.

COSTA, L. (2014). Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV, Santa Maria*, v. 7, n. 2, p. 66-77, maio-ago. 2014.

COSTA, E, S. Quilombos ontem e hoje. In: SILVA, M. L. da S.; FARIAS, M.; OCARIZ, M. C.; STIEL NETO, A. (org.). *Violência e sociedade: o racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo São Paulo: Escuta*, 2018. p. 219-232.

COSTA, E. S. Vínculos, grupos e redes em prol da vida ou na pactuação racista para a produção de morte. *Revista Da Associação Brasileira De Pesquisadores/As Negros/As*, [s. l.], v. 12, ed. esp., p. 78-107, out. 2020.

DAVID, E. C. Relações raciais, uma questão antimanicomial. *Revista da associação Brasileira de Pesquisadores/As Negros/As*, [s. l.], v. 12, ed. esp., p. 108-137, out. 2020.

DIAS, L. de O. *Aquilombamento*. Goiânia: Cegraf UFG, 2022. *E-book*.

DETOMINI, V. C.; RASERA, E. F.. Sexualidade e saúde mental: Construindo sentidos com pessoas usuárias de um CAPS. *Estud. Psicol.*, Natal, v. 23, n. 3, p. 306-316, set. 2018 .

DOMINGUES, A. R.; DIAS, S. M. R.; Cartografias esquizoanalíticas as linhas institucionais em movimentação. In: DOMINGUES, A. R.; L'ABBTE, S.; RUSCHE, R. J.; (org). *Análise institucional: perspectivas contemporâneas, teorias e experiência*. São Paulo: Hucitec, p. 222-247, 2019

EURICO, M. C.; PASSOS, R. G. Democracia e lutas antirracistas. *Revista em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, [s. l.], v. 20, n. 50, p. 125-136, 2022.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. In: KAËS, R. *et al. A instituição e as instituições*. [s. l.]: Casa do Psicólogo, 1991. cap. 3.

FANON, F. *Os condenados da terra*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1961.

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. Tradução: Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2020.

FARIAS, M. *Relatos de imigrantes africanos sobre preconceito na cidade de São Paulo*. 2015. Dissertação de Mestrado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 22, n. 12, p. 3831-3840, 2015.

FAUSTINO, D. M. & OLIVEIRA, M. C. Frantz Fanon e as máscaras brancas da saúde mental: subsídios para uma abordagem psicossocial. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/As Negros/As*, [s. l.], v. 12, ed. esp., p. 6-26, 2020.

FERREIRA, A. B. de H. *Mini Aurélio século XXI escolar*. 4. ed., rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, A. H. Discursos étnico-raciais proferidos por candidatos/as a programa de ação afirmativa. 2012. Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

FERREIRA, A. J. Educação antirracista e práticas em sala de aula: uma questão de formação de professores. *Revista de Educação Pública*, [s. l.], v. 21, n. 46, p. 275-288, 2020.

FILGUEIRA, A. L. S.; SILVA, M. A. V. Afrocentricidade, quilombismo e colonialidade do poder: saberes insurgentes nas textualidades de Abdias do Nascimento e Aníbal Quijano. *TEMPORIS(AÇÃO) (UEG)*, [s. l.], v. 19, p. 1-17, 2020.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. 4. edição. Rio de Janeiro: Nau, 2013.

GAMA, J. P. A. Afrocentricidade como recurso para o cuidado em situação de crise: reflexões de uma psicóloga preta. In: CABRAL, B. E. B.; MARQUES, C. T. de S.; BARROS, G. da S.; SANTOS, G. C. dos; BASTOS, L. A. de L.; MARQUES, L. S.; LIMA, N. X. (org.). *Encontro e acolhimento em territórios vivos: narrativas para repensar tecnologias de cuidado a pessoas em crise na atenção psicossocial*. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 39-41.

GUARDA, O. I. D.; OLIVEIRA, A. S. de; LACERDA, E. P. de; ALBERNAZ, E. O. Reflexões sobre o processo de trabalho do supervisor clínico-institucional no centro de atenção psicossocial - CAPS. *Brazilian Journal of Health Review*, [s. l.], v. 3, n. 6, p. 19773-19786, 2020.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1996.

ROSA, J. G. *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010.

GOMES, N. L. Diversidade étnico-racial, inclusão e equidade na educação brasileira: desafios, políticas e práticas. *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação*, [s. l.], v. 27, n. 1, p. 109-121, 2021.

GOUVEIA, R. P. "Crimes da paz": as expressões do racismo na saúde mental da população negra racismo. In: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon*. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. v. 1, p. 72-84.

GULJOR, A. P. F. Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental. 2003. 197 f. Dissertação

(Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

HALL, S. *Cultura e representação*. Rio de Janeiro: PUC Rio, 2016.

HARARI, A.; VALENTINI, W. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2001.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa- intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 32-51.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista de Psicologia*, [s. l.], v. 25, p. 263-280, 2013.

hooks, b. *Olhares negros: raça e representação*. Tradução: Stephanie Borges. São Paulo: Elefante, 2019.

hooks, bell. *Tudo sobre o amor: novas perspectivas*. Tradução: Stephanie Borges. São Paulo: Elefante, 2020

hooks, bell. *Vivendo de amor*. [s. l.]: Monstro dos Mares, 2010.

MUNANGA, K. Riso negro e identidade. *Revista da ABPN*, [s. l.], v. 7, n. 16, p. 3-11, mar./jun. 2015.

KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

LIMA, F. Sentidos e sentir. In: FRAGELLI, C.; AMBROSISO, L. (org.). *Cadernos de afeto: relatos de experiência do bloco de estudos TO e raça*. São Carlos: UFSCar/CPOI, 2021.

LOUZADA, J. A. Educação quilombola e leituras curriculares em São José da Serra. Identidades e políticas possíveis. 2017. 190 f. Dissertação (Mestrado em Processos Formativos e Desigualdades Sociais) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo, 2017.

MACHADO, A. F. Filosofia africana: ética de cuidado e de pertencimento ou uma poética do encantamento. *Problemata: Revista Internacional de Filosofia*, [s. l.], v. 10, p. 56-75, 2019.

MAESO, S. R. O Estado de negação e o presente-futuro do antirracismo: discursos oficiais sobre racismo, 'multirracialidade' e pobreza em Portugal (1985- 2016). *Revista Direito e Práxis*, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 2033-2067, 2021.

MAGALHÃES, R. O. S. *Dos indicadores às narrativas de vidas a internação em hospital psiquiátrico no contexto de uma rede substitutiva*. 2016. Mestrado – Unicamp, Campinas, 2016.

MAGNANI, J. G. C. Doença mental e cura na Umbanda. *Teoria & Pesquisa*, São Carlos, SP, v. 40/41, p. 5-23, 2002.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T. M. G. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. *Psicologia em Estudo*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 111-116, jul. 2002.

MALDONADO, M. *Psicologia da gravidez*. Petrópolis: Vozes, 1997.

MARQUES, B. R. R. *O gesto docente: um convite a atenção no tempo-presença*. 2023. Tese (Doutorado) – UHF, 2023.

MARTINS, E.; SANTOS, A. O.; COLOSSO, M. Relações étnico-raciais e psicologia: publicações em periódicos da SciELO e Lilacs. *Psicologia: teoria e prática*, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 118-133, 2021.

MARIZETE, G.; ZANELLO, V. Psicoterapia, raça e racismo no contexto brasileiro: experiências e percepções de mulheres negras. *Psicologia em Estudo*, [s. l.], v. 24, 2019. p. 1-15.

MARTINS, T. V.; LIMA, T. J. S.; SANTOS, W. S. O efeito das microagressões raciais de gênero na saúde mental de mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 25, n. 7, p. 2793-2802, 2020.

MBEMBE, A. *Crítica da razão negra*. Lisboa: Antígona, 2021.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, [s. l.], v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2005.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO. T.B. et al *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p.21-45.

MERHY, E. E.; FEUERWERKE, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. *et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde – surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MERHY, E. E.; FRANCO, TULIO BATISTA. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 6, p. 151-163, 2012.

MKHIZE, N. Psicologia centrada na África/África. *Jornal Sul-Africano de Psicologia*, v. 51, n. 3, p. 422-429, 2021.

MIRANDA, E. O. Decolonialidade se faz em/com Quilombos. *Em Construção: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência*, [s. l.], n. 9, 2021.

NASCIMENTO, A. *O quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista*. [s. l.]: Perspectiva, 2020.

NASCIMENTO, A. Quilombismo: um conceito emergente do processo histórico-cultural da população afro-brasileira. In: NASCIMENTO, E. L. (org.). *Afrocentricidade: uma abordagem epistemológica inovadora*. São Paulo: Selo Negro, 2009.

NASCIMENTO, B.; RATTS, A. (org.). *Uma história feita por mãos negras: relações raciais, quilombos e movimentos*. Rio de Janeiro : Zahar, 2021.

NASI, C.; SCHNEIDER, J. F. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, [s. l.], v. 45, n. 5, p. 1157-1163, 2011.

NAZIAZENO, S. Caminhos Terapêuticos. In: FRAGELLI, C.; AMBROSIO, L. *Cadernos de afeto: relatos de experiência do bloco de estudos TO e raça*. São Carlos: UFSCar/CPOI, 2021. p. 14-15.

NÊGO Bispo: *vida, memória e aprendizado quilombola*. [s. l.: s. n.], 15 mar. 2021. 1 vídeo (15 min). Publicado pelo canal Itaú Cultural. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=gLo9ZNdqJxw&t=186s>. Acesso em: 14 ago. 2023.

NÊGO BISPO. *Colonização, quilombos, modos e significações*. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

NOBLES, W. Shattered consciousness, fractured identity: black psychology and the restoration of the African psyche. *Journal of Black Psychology*, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 232-242, 2013.

NOGUEIRA, I. B. *A cor do inconsciente: significações do corpo negro*. [s. l.]: Perspectiva, 2021.

NOGUERA, R. Fanon, O Cortiço e Anjo Negro: breve esboço sobre relações inter-raciais heterossexuais no contexto do racismo. In: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. (org.). *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon*. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. v. 1, p. 49-56.

NUÑEZ, G. Descolonizando afetos: experimentações sobre outras formas de amar. [s. l.]: Paidós, 2023.

NUNES, M. *et al.* A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 24, p. 188-196, 2008.

OURY, J. Itinerários de formação. *Revue Pratique*, [s. l.], n. 1, p. 42-50, 1991.

OLIVEIRA, D. A. Leituras geográficas e fanonianas do racismo, do trauma e da violência psíquica: alguns apontamentos teóricos *In*: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. (org.). *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon*. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. v.1, p. 103-127.

OLIVEIRA, E. *et al.* (org.). Dossiê Mulher 2022. 17. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2022.

OLIVEIRA, R. G. de. Racismo e suas expressões na saúde *In*: MAGNO, P. C.; PASSOS, R. G. (org.). *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon*. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. v. 1, p. 58-71.

PACIÊNCIA. Compositor e intérprete: Lenine. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/lenine/47001/>. Acesso em: 16 ago. 2023.

PASSOS, R. G. “De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. *O Social em Questão*, [s. l.], v. 20, n. 38, p. 77-94, 2017.

PASSOS, R. G. *Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão*. São Paulo: Porto Alegre: Hucitec, 2023.

PASSOS, R. G. Racismo, violência e o sofrimento das mulheres negras: diálogos a partir de Heleieth Saffioti. *Lutas Sociais*, [s. l.], v. 23, n. 43, p. 286-295, 2019.

PELBART, P. P. *A Vertigem por um fio: Políticas da Subjetividade Contemporânea*. São Paulo: Iluminuras, 2000.

PEREIRA, A. B. O refúgio do trauma. Notas etnográficas sobre trauma, racismo e temporalidades do sofrimento em um serviço de saúde mental para refugiados. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, [s. l.], v. 26, n. 53, p. 79-97, 2018.

PICCININI, C. A. *et al.* Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 223-232, 2004.

PINHEIRO, I. de A. da S.; GUIMARÃES, C. C. As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira. *Revista de Políticas Públicas*, [s. l.], v. 22, p. 987-1006, 2018.

PRESTES, C. R. S. Ressignificação da identidade e amor como resistências à violência racial, em favor da saúde psíquica. *In*: SILVA, M. L. da; FARIAS, M.; OCARIZ, M. C.; STIEL NETO, A. (org.). *Violência e sociedade: o racismo como estruturante da sociedade e da subjetividade do povo brasileiro*. São Paulo: Escuta, 2018. p. 169-176.

RAPHAEL-LEFF, J. *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REGIS, K.; FRANCISCO, M. A noção de corpo para o povo Yorubá: guianças para uma prática de Psicologia Corporal. *Revista Latino-americana de Psicologia Corporal*, [s. l.], v. 8, n. 12, p. 16-33, 2021.

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia & Sociedade*, [s. l.], v. 26, p. 44-52, 2014.

Romullo Baratto. "Ailton Krenak: "Em vez de operar na paisagem, devemos nos confundir com ela"" 15 Out 2023. ArchDaily Brasil. Acessado 12 Feb 2024. <<https://www.archdaily.com.br/br/1007266/ailton-krenak-em-vez-de-operar-na-paisagem-devemos-nos-confundir-com-ela>> ISSN 0719-8906

SADE, R. M. S. *Portas abertas: do manicômio ao território*. Entrevistas Triestinas. Marília: Cultura Acadêmica, 2014.

SANKOFA. Revista de História da África e de Estudos da Diáspora Africana, ano XVI, nº XXVIII, setembro/2023. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/sankofa/about> acessado 20 de out de 2024

SANTOS, M. *O país distorcido*. São Paulo: Publifolha, 2002.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, [s. l.], v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, G. N.; BARROS, S.; AZEVEDO, F.; BATISTA, E. L.; POLICARPO, C. V. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde Soc. São Paulo*, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 100-114, 2017.

SILVA, G. A. F. *Quilombo São José da Serra*. Belo Horizonte: FAFICH, 2016.

SILVA, M. L. da. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo. [s. l.]: Instituto de Saúde, 2005. p.129-132.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 2617, 2020.

SOBONFU, S. *O espírito de intimidade: antigos ensinamentos ancestrais africanos sobre maneiras de se relacionar*. [s. l.]: Odysseus, 2007.

SOMÉ, S. *O espírito da intimidade: ensinamentos ancestrais africanos sobre maneiras de se relacionar*. Rio de Janeiro: Odysseus, 2003.

SOULÉ, M. O filho da cabeça, o filho imaginário. In: BRAZELTON, T.; CRAMER, B.; KREISLER, L.; SCHAPPI, R.; SOULÉ, M. (org.). *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p. 132-170.

SOUZA, B. O. Aquilombar-se: panorama histórico, identitário e político do movimento quilombola brasileiro. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, 2008.

SOUZA, L. G.; CASTELAR, M.; SANTANA, K. S. O.; & SOUTO, V. S. Mulheres negras e necropolítica: como enfrentam a morte de seus filhos? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 301-313, 2020.

SOUZA, N. S. *Tornar-se negro: ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. São Paulo: Companhia das Letras, 2021.

SUELY, R. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2007.

SUICÍDIOS e lesões autoprovocadas: panorama de dois anos no estado do Rio de Janeiro, 2019-2020. RJ, 2020, p. 1-20.

SZEJER, M.; STEWART, R. *Nove meses na vida da mulher*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

TAVARES, J. S. C.; JESUS FILHO, C. A. A.; SANTANA, E. F. (2020). Por uma política de saúde mental da população negra no SUS. *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/As Negros/As*, [s. l.], v. 12, ed. esp., p. 138-151, 2020.

TEIXEIRA, A. T. Por uma escuta clínica antirracista. *Pathos: Revista Brasileira de Práticas Públicas e Psicopatologia*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 137-148, 2021.

TURNER, E. A.; HARRELL, S. P.; BRYANT-DAVIS, T. Black love, activism, and community (BLAC): the BLAC model of healing and resilience. *Journal of Black Psychology*, [s. l.], v. 48, n. 3-4, p. 547-568, 2022.

VALVERDE, F. P. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Salvador, Bahia: estrutura, recursos humanos e articulação em rede. Salvador: [s. n.], 2013.

VIANA, M. da. R. Decolonizando afetos: a presença do colonialismo na construção de afetos da população negra e a decolonialidade do ser. *Revista Textos Graduated*, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 69-84, 2019.

WERNECK, J. Vivendo de amor. In: WERNECK, J. (org.). *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas; Criola, 2006.

WHITE, J. L. Toward a black psychology: white theories ignore ghetto lifestyles. *Ebony Magazine*, [s. l.], v. XXV, n. 11, p. 45-52, 1970.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Fiocruz, 2010.