

violência e saúde mental: desafios contemporâneos

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr.
Roger Flores Ceccon



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha *e livro, e-livres*, de financiamento colaborativo. As doações podem ser feitas através do PIX:
editora@redeunida.org.br.

Acesse a página
editora.redeunida.org.br/quero-apoiar
e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA:
editora.redeunida.org.br.

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos e o marcador da avaliação do impacto da Editora, Ajude a divulgar essa ideia.



violência e saúde mental: desafios contemporâneos

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr.
Roger Flores Ceccon

Organizadores

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Ceccon, Stephany Yolanda Ril, Virgínia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Àngel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Berta Paz Lorigo (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

Héider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Thayse Hingst

Imagem Capa

Foto de **Avinash Kumar**



FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V795

Violência e Saúde Mental: desafios contemporâneos / Organizadores: Carlos Alberto Severo Garcia Jr. e Roger Flores Ceccon – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

340 p. (Série Saúde Mental Coletiva, v.10).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-077-2

DOI 10.18310/9786554620772

1. Saúde Mental. 2. Problemas Sociais. 3. Saúde Pública. 4. Política Pública. I.
Título. II. Assunto.
III. Organizadores.

NLM WM 101

CDU 364.622

Ficha catalográfica elaborada por Alana Santos de Souza
Bibliotecária – CRB 10/2738

Agradecemos a dedicação e apoio das estudantes Beatriz Carminati dos Santos e Yasmin Guimarães do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, campus Araranguá.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252.

www.redeunida.org.br

Sumário

Prefácio.....	8
<i>Ricardo Burg Ceccim</i>	
Violência e Saúde mental: intersecções contemporâneas.....	17
<i>Carlos Alberto Severo Garcia-Jr., Roger Flores Cecon</i>	
“Eu fico parindo a dor do meu filho morto todos os dias”	30
<i>Rachel Gouveia Passos</i>	
Articulações entre colonialismo e lógica manicomial: reflexões para (re)pensar a saúde mental no Brasil	40
<i>Vitória de Amorim Almeida, Márcio Mariath Belloc</i>	
Da raiz à radicalidade da Reforma Psiquiátrica: racismo, manicômios e guerra às drogas	56
<i>Tadeu de Paula Souza</i>	
Condições de saúde mental e violência física por parceiro íntimo em adultos no sul do Brasil.....	73
<i>Sheila Rubia Lindner, Elza Berger Salema Coelho, Doroteia Aparecida Höfelmann</i>	
Sexualidades dissidentes, violência e saúde mental: questões para a política de saúde LGBT	93
<i>Marco José de Oliveira Duarte</i>	
Aborto induzido em contextos de criminalização: o que a psicologia tem a ver com isso?	118
<i>María Antonella Barone, Ricardo Pimentel Mello, Alessandro Rodrigues, Mariane Lima de Souza</i>	

A rede de saúde mental e o trabalho com homens autores de violência: a perspectiva dos profissionais de CAPS.....138

Bárbara Almeida da Silva, Ivânia Jann Luna, Adriano Beiras

Violências interseccionais e sofrimento mental como efeitos da colonização do ser no contexto do agronegócio brasileiro.....165

Pablo Cardozo Rocon, Maelison Silva Neves, Heloísa Alves da Cruz, Larissa Rodrigues de Campos Oliveira, Márcia Leopoldina Montanari Corrêa

As interfaces entre questão racial, sistema socioeducativo e saúde mental189

Matheus Trindade de Souza

Islamofobia e saúde mental: impactos da violência contra as mulheres muçulmanas no Brasil215

Camila Motta Paiva

Racismo religioso, violência cultural e trauma psicossocial 242

Yane Marcelle Pereira Silva, Rafael Andrés Patiño Orozco

Sofrimento moral no trabalho em saúde: conceitos e vivências 267

Marta Verdi, Carolina Eidelwein, Jaqueline Marcos dos Santos, Maria Esther Souza Baibich

Violência psiquiátrica estrutural 287

Walter Ferreira de Oliveira, Sabrina Melo Del Sarto

Uma discussão teórica sobre população em situação de rua e violência 302

Joice Pacheco, Douglas Francisco Kovaeski

Saúde mental e violência institucional: entre invisibilidade e omissão 316

Bárbara Domingues Nunes, Maria Isabel Barros Bellini

Prefácio

Passagens da vida: em desamparo, em clamor, abusada, fragilizada ou escutada, recuperada, reensejada, retomada...

Ricardo Burg Ceccim

Violência e saúde mental, uma tensa tessitura. Que difícil empreitada escrever sobre as repercussões da violência, cometida ou sofrida, além das violências de Estado e das formas de pensamento, sobre as subjetividades individual e coletiva! Por outro lado: que necessário escrever e fazer pensar sobre isso! A empreitada de Carlos Alberto Severo Garcia Jr. e Roger Flores Cecon não é simples, pesquisadores da saúde mental, da saúde coletiva e da análise social, reúnem mais de 30 autores para apresentar-nos uma cartografia temática da violência e saúde mental no Brasil contemporâneo. Nos oferecem um encontro com antropólogos, assistentes sociais, cientistas sociais, enfermeiros, psicólogos e sanitaristas, assim como o trabalho do dia a dia dessas áreas no mundo profissional. A violência e saúde mental reporta luto, mortes traumáticas, stress pós-traumático, violências institucionais, violência às diversidades, violência racial, medo, pânico, sofrimento psíquico, fragilização ou abandono do desejo de vida e do desejo de viver.

Os autores reunidos pela obra que nos é apresentada trazem relevantes vertentes do pensamento internacional clássico e contemporâneo no campo da análise social dos fenômenos da saúde mental em saúde coletiva, como Achille Mbembe, Angela Davis, Antonio Lancetti, Carla Akotirene, Erving Goffman, Félix Guattari, Franco Basaglia, Franco Rotelli, Frantz Fanon, Grada Kilomba, Jairnilson Paim, João Frayze-Pereira, Judith Bu-

tlar, Lilia Schreiber, Luiz Cecílio, Marimba Ani, Michel Foucault, Munanga Kabenguele, Naomar de Almeida Filho, Paulo Amarante, Robert Castel, Ronald Laing, Rosana Onocko-Campos, Sarah Escorel, Silvia Federici, Suely Rolnik, Thomas Szasz, Tulio Franco, Vladimir Safatle e Zygmunt Baumann, entre outros, além das recomendações e análises institucionais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde.

A coletânea de autores e seus temas nos ofertam um dossiê de estudos à Saúde Mental Coletiva, abrangente de pesquisadores de todas as regiões do Brasil (Distrito Federal e Mato Grosso, no Centro-Oeste; Bahia e Ceará, no Nordeste; Pará, no Norte; Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, no Sudeste; Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, no Sul), provenientes de 13 Universidades e uma Escola de Saúde Pública. Estão presentes as Universidades Federais de Brasília (UnB), do Ceará (UFC), do Espírito Santo (UFES), do Estado do Rio de Janeiro (UniRio), de Juiz de Fora (UFJF), de Mato Grosso (UFMT), do Pará (UFPA), do Paraná (UFPR), do Rio de Janeiro (UFRJ), de Santa Catarina (UFSC) e do Sul da Bahia (UFSB), além da Universidade de São Paulo (USP), da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

Os autores integrantes da coletânea nos fazem pensar sobre violência de raça, gênero, classe e suas interseccionalidades; violências de Estado e seus abusos pelos aparatos institucionais da política, justiça e segurança; a violência do colonialismo, que propõe um humano universal a colonizar toda a diversidade do humano, construindo uma malvada rota cognitiva sobre quem conta ou não como humano; a violência contra as sexualidades dissidentes, que causa a morte do outro e a própria ou a anulação do desejo de vida, mesmo em vida; a perniciosa violência de falsos equipamentos do cuidar, como as Comunidades Terapêuticas (submetidos que formos à criação de um departamento de apoio a esses embustes no ministério implicado com a assistência social em nosso país para nosso espanto e tristeza); a identificação de pessoas com a vida em estado suspenso/espectral pela falta de inclusão, de acolhida ou da possibilidade de

elaboração de seus afetos; a violência interpessoal, mas também as chacinhas, a violência autoprovocada, inclusive pela busca de inclusão em um grupo, ainda que sob a dor física, em meio ao desamparo para súplicas inauditas; a vigência do racismo religioso, que comete violências contra a cultura, a língua, a cor da pele, os atributos físicos e o uso de vestimentas, alimentos e rituais; acima de tudo um antropofalologocentrismo abusivo e mortífero.

Temos em mãos um dossiê: análise de desafios, parir a dor (do filho morto), colonialismo e lógica manicomial, violência física por parceiro íntimo (habitando cada vez mais as mídias jornalísticas e televisivas por seu cometimento escancarado, por resultar em mortes escandalosas ou por acometer celebridades), diversidade sexual, aborto, o trabalho ante as virilidades tóxicas na promoção da saúde ou na clínica psicossocial, a interseccionalidade feminina-negra-lésbica, o agronegócio (até de trabalho escravo se tem notícias no Brasil atual), o racismo perverso e intersticial, as práticas do sistema socioeducativo ou aos adolescentes que a ele se destinam, a islamofobia, o sofrimento moral no trabalho, a violência psiquiátrica estrutural e a violência pública contra as populações em situação de rua.

Tal dossiê enseja a crítica e o desequilíbrio na passividade de observadores, é preciso fazer ver, saber e refletir sobre a dor psíquica, a depressão e as insensibilidades ao sofrimento; o desejo de morte, a morte, o morticínio e o desenquadramento do estatuto de humano; a dor que enlouquece e a necessidade de despatologizar; o aborto e a necessidade de descriminalização do exercício da tomada de decisão das mulheres sobre seu próprio corpo; e sobre as populações “na” rua e os consultórios “de” rua em socorro de seu direito à vida e à saúde. A violência traz consequências para a saúde mental, para o corpo, para a saúde coletiva e para a vida em sociedade, ela pode portar vários tipos de destruição da qualidade da vida e das chances de viver bem, é portadora de problemas como depressão, ansiedade e pensamentos suicidas. No dia a dia afeta a existência e o corpo, provocando alterações no sono, distúrbios alimentares, abuso de álcool e inúmeras substâncias psicoativas. A dor psicológica pode ser invisível até

a visibilidade inescapável das suas consequências trágicas. Sua prevenção e tratamento poucas vezes é individual, já a cura dos seus traumas depende do suporte de profissionais da saúde. Ignorar o sofrimento, além de agravá-lo, incide diretamente na crescente perda da qualidade de vida.

A violência tem feito parte de rodas de conversa e exposição na mídia, se faz presente em escolas e universidades, entre casais, parentes e amigos, se posta diante de grupo populacionais e se “justifica” em práticas colonialistas na política, na justiça e na segurança pública. A mídia conhece muitos tipos de violência que prende ou submete inúmeras pessoas ao sofrimento. A mídia denuncia e até aponta modos de sair de tais situações, chama analistas em sociologia e história, mas pouco fala dos danos causados à saúde mental, aos processos de subjetivação e à construção de padrões éticos (ou seu oposto) na fazer andar a vida.

Uma consequência indiscutível da violência é a dor psíquica, a perda do equilíbrio emocional, o esvaziamento da potência de construir uma vida plena. A violência provoca doenças físicas, doenças emocionais, sintomas fáceis e sintomas difíceis de reconhecer. Pessoas e grupos que sofrem violência se sentem tristes ou impelidas sistematicamente à tristeza. Mesmo que aparentemente tenham uma vida organizada, experimentam a tristeza sistematicamente. As consequências podem envolver a depressão ou a ansiedade, mas também a perda da capacidade de sentir prazer ou de se divertir, envolvendo o medo e o desinteresse por tudo. Sentimentos ou pensamentos de desvalia e de desamor são já quadros que demandam ação profissional intensiva.

Um objetivo da violência é justamente fazer com que todas as suas vítimas se sintam incapazes, amedrontadas, com baixa autoestima e paralisadas na produção de vida e desejo. A violência é sempre dolorosa ao indivíduo e à sociedade. Mídia, pesquisadores ou estudiosos citam como consequências da violência a privação, a baixa qualidade e o excesso de sono, efeitos hormonais que afetam vários sistemas, problemas alimentares, dependências e uso problemático de álcool e outras drogas, disfunções gastrointestinais, afecções dermatológicas, problemas ortopédicos e posturais, condutas sociais silentes ou agressivas. Uma revisão baseada nas

palavras-chave “violência” e “transtornos mentais”, empreendida no início dos anos 2000, com foco na exposição à violência em países em desenvolvimento, evidenciou associação significativa com problemas de saúde mental. Conforme Ribeiro *et al.* (2009), em crianças, a maior associação encontrada foi entre violência doméstica e problemas de externalização, assim como entre ideação suicida e abuso sexual. Entre as mulheres, as violências conjugal e sexual se relacionavam com sintomas de depressão e ansiedade. Na população geral, a prevalência do stress pós-traumático estava associada com violência sexual e doméstica, sequestro e exposição a múltiplos eventos traumáticos. A violência estava associada com transtornos mentais comuns na população geral. Os autores concluem que pode ser atribuída à violência uma parte importante dos problemas de saúde mental vividos nos países em desenvolvimento e que, por isso mesmo, intervenções com foco na redução da violência poderiam ter significativo impacto na redução de problemas de saúde mental.

No Brasil contemporâneo, vemos que muita gente acredita que abusos podem ser praticados numa espécie de direito a retirar direitos dos outros, inclusive direitos conquistados à base de luta social e construção de novos patamares de consciência e sensibilidade. Um problema grave é uma parte da população se julgar superior e com direito de retirar a voz do outro. Esse tipo de abuso é preditor do abuso físico e de sofrimento mental. No Brasil, essa condição se apresenta com o discurso de querer o bem (“em nome de Jesus”). Muitos comportamentos de hostilidade e humilhação almejam sua naturalização. Esses comportamentos são produção de sofrimento e terminam dissolvendo a qualidade de vida.

A disponibilidade de ajuda e luta profissional contra a violência e pela qualidade da saúde mental é verdadeiramente relevante. Contra a violência, nenhuma pessoa terá recursos psicológicos individuais. A consciência individual e coletiva é muito importante, uma vez que só é possível tratar as consequências da violência quando ela cessa. Não se deve aceitar o sofrimento seu ou do outro, esse é um aspecto a construir em todas as instâncias da clínica, da educação, da ação social e da produção de arte e cultura.

Um estudo publicado em 2022 relacionando saúde mental e violência urbana, trouxe a violência comunitária como parâmetro, exemplificada com a experiência de pessoas terem sido vítimas de roubo. Tratava-se do estudo com uma coorte populacional acompanhada por 30 anos, desde 1982, na cidade de Pelotas, sul do Brasil. A pesquisa constatou correlação positiva entre ser vítima de roubo e a incidência de transtornos mentais como a depressão e a ansiedade. O roubo, conforme os autores, é o registro de violência comunitária mais frequente no Brasil e não há serviço de apoio às vítimas. Orellana *et al.* (2022) destacaram a relevância da associação entre ser vítima de roubo e sofrer de transtorno em saúde mental entre adultos jovens. Em todo o mundo, o roubo é exemplar na exposição à violência comunitária, presente na experiência de 42% da população adulta estudada, o que leva a sentimentos de medo, apreensão, angústia e preocupação imediatamente depois da vitimização, mas também apreensão com nova exposição a esse tipo de crime, semanas, meses ou anos depois. A investigação demonstrou consistente associação com a ocorrência de depressão e de ansiedade, bem como com a ocorrência simultânea de depressão e ansiedade, em especial para aqueles que experimentaram a vitimização por roubo em casa. O artigo conclui que há importância da violência comunitária para a saúde mental de adultos jovens em diferentes momentos do ciclo vital, há necessidade de políticas públicas de prevenção e há necessidade de serviços de apoio às vítimas para mitigar suas consequências adversas à saúde. A violência comunitária, além de muito mais sutil, muito mais frequente, muito mais popularizada, afetando, como no exemplo, 42% da população adulta, tem impacto na produção de transtornos da saúde mental, portanto não estamos especulando violência e sofrimento psíquico.

A violência afeta a qualidade de vida, o desejo de vida, as relações com a vida, a própria vida e, portanto, a saúde mental. A saúde mental afetada impacta diretamente a experiência de sintomas psicoafetivos e a vivência do adoecimento psíquico. No programa Gente de Expressão, de Bruna Lombardi, a artista entrevista a atriz Fernanda Torres. No bloco intitulado “Medo”, popularizado recentemente em todas as redes sociais,

como FaceBook, Instagram, TikTok e YouTube, vem um diálogo interessante sobre estar vivo ou abandonar o desejo de vida:

- Medo? De que eu tenho medo? De perder o interesse pela vida. Acho que isso. É o maior perigo. Acho que isso pode acontecer com alguém em qualquer idade, você pode viver 70 anos da sua vida e aos 70 anos você perder o interesse em estar vivo e os seus 10 anos que você tiver até os 80 anos vai ser um inferno. Então... Eu acho que isso pode acontecer aos 30 ou aos 20...
- Perder o interesse que você diz, é o quê?
- É não conseguir mais se relacionar com o mundo, é não conseguir mais arrumar uma razão para trabalhar, uma razão para estar vivo, para comer... Essa... Viver é muito complicado, você tem que se manter interessado e vivo...
- Curioso...
- Curioso a respeito do mundo. E se você vai perdendo a curiosidade pelo mundo, se esquece.
- Mas isso é uma coisa que te assusta? E... Por quê?
- Porque eu já vi isso acontecer e acho que o maior perigo que tem é esse, é a perda no interesse e na curiosidade pela vida.

Pedro Gabriel Delgado (2012), ao colocar a violência como fenômeno social de grande impacto sobre a subjetividade contemporânea, recorda que, na formação social brasileira, ela está presente segundo “formas de mortificação institucionais, e também como violência urbana, especialmente nas grandes cidades”. Para Delgado, “a violência doméstica está presente no cotidiano das pessoas e dos serviços de saúde”. A violência, nesse sentido, implica “um tema urgente para a agenda da Reforma Psiquiátrica, através de intervenções psicossociais capazes de abordar com efetividade o sofrimento psíquico causado pela violência”. O autor aponta, então, que “a despeito de sua magnitude e relevância, como tema de debate e de estudos, o fenômeno aparece de forma notavelmente rarefeita na literatura do campo da atenção psicossocial em nosso país”:

É preciso enfrentar esta escassez, produzindo estudos sobre os efeitos de violência das instituições de tratamento e/ou proteção social (como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, hospitais psiquiátricos, asilos, abrigos, instituições de tratamento compulsório para usuários de drogas, sistema penitenciário), refinando os estudos de análise e intervenção relacionados à violência doméstica, dando publicidade e descrição sistemática às experiências de intervenção psicossocial em territórios acossados pela insegurança. A violência, fenômeno social e historicamente determinado, não pode ser reduzida às suas dimensões psicopatológicas, mas sobre ela o campo da saúde mental tem muito a contribuir. (Delgado, 2012, p. 196)

O dossiê sobre violência e saúde mental apresentado por Carlos Alberto Severo Garcia Jr. e Roger Flores Ceccon colabora, sem dúvida, para pensar academicamente sobre alguns dos desafios contemporâneos à saúde mental coletiva, revelando um leque de acessos à reflexão, servindo à formulação de políticas públicas, à avaliação de impactos da violência na saúde mental, à formulação de pesquisas e à ampliação do nosso conhecimento crítico. Temos a violência política, a violência presente em diversas modalidades de institucionalização, a violência privada e a violência urbana, desafios contemporâneos para a saúde coletiva, para as intervenções no campo da atenção psicossocial e para a construção ampliada do direito universal à saúde. A saúde mental e a saúde coletiva só têm a agradecer pela reunião de autores e temas proporcionados pelos organizadores de Violência e saúde mental: desafios contemporâneos.

Referências

DELGADO, P. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O social em questão**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 28, p. 187-198, 2012. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=82&sid=18>. Acesso em: 11 ago. 2023.

LOMBARDI, B. Gente de Expressão - Fernanda Torres. Bruna Lombardi entrevista Fernanda Torres. 17 nov. 2017. **Canal Bruna Lombardi no YouTube**. 30:32'
https://youtu.be/kXCeSfLJyQI?si=kHKw-xYl-yqg_AtM

ORELLANA, J. D. Y.; MURRAY, J.; LIMA, N. P.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B. L. Robbery Victimization in Early Adulthood, and Depression and Anxiety at Age 30 Years: results from the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Frontiers In Public Health**, [S. l.], n. 10, jun. 2022. Frontiers Media SA.
<http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.821881>.

RIBEIRO, W. S.; ANDREOLI, S. B.; FERRI, C. P.; PRINCE, M.; MARI, J. J. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Braz J Psychiatry**. [S. l.], v. 31, n. 2, p. 49-57, <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>

Violência e Saúde mental: intersecções contemporâneas

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr.

Roger Flores Ceccon

Introdução

Este texto explora as problemáticas emergentes no contexto brasileiro do século XXI relacionadas às intersecções entre violências e saúde mental. Se há pelo menos três séculos a humanidade experimentou o transcurso da era viral e bacteriológica, o que acomete com grande intensidade na contemporaneidade são os sofrimentos psicológicos, doenças mentais, distúrbios emocionais e os variados tipos de agressões que atingem cotidianamente pessoas de diferentes lugares, idades, classes, etnias, raça, cor da pele, orientação sexual e gênero (Whitaker, 2017). Problemas que além de afetarem as vítimas diretas, adentram no tecido social, entrelaçam processos de produção de subjetividades, estabelecem rearranjos organizacionais do convívio nas cidades e introduzem outras formas de viver em sociedade.

A violência atrelada ao conjunto de determinantes sociais pode constituir e desenvolver sofrimentos, adoecimentos e transtornos mentais, impactando de forma insidiosa a saúde e a vida das vítimas e das pessoas que convivem no contexto violento. Ainda, aquelas que apresentam algum tipo de problema mental são mais vulneráveis à violência interpessoal, além de potencialmente sofrerem com a violência estrutural, conforme a classificação de Minayo (2006). Portanto, trata-se de uma intersecção que se retroalimenta: a violência afeta a saúde mental e os adoecimentos mentais vulnerabilizam à violência.

Os itinerários percorridos pelas vítimas na busca por proteção contra violências e cuidado em saúde mental são marcados por fragilidades, ne-

gligências e dificuldades de acesso - tanto no que tange às redes institucionais, como serviços de saúde, quanto sociais, como familiares e amigos. Trata-se, portanto, de problemas de difícil resolução e que são permeados por rotas críticas e ineficientes, principalmente quando envolvem grupos sociais vulnerabilizados - como mulheres, negras e pobre em uma sociedade marcada por um regime racista, patriarcal e capitalista.

A produção científica sobre essas duas questões no campo da Saúde Coletiva, embora tenha aumentado nos últimos anos, ainda carece de evidências que deem conta de compreender ambos os fenômenos na sua totalidade, principalmente quando interseccionados, tendo em vista a rápida transformação social na contemporaneidade. Assim, este texto visa contribuir com o debate a partir da apresentação de um mapa conceitual e epidemiológico, além dos desafios que emergem na sociedade.

Contextualizando as violências

A violência é um fenômeno complexo e está relacionado a fatores políticos, econômicos e culturais. Se manifesta nas relações micro e macrosociais e não se trata de um acontecimento recente ou exclusivo de sociedades contemporâneas, embora tenha aumentado nos últimos anos, em decorrência das acentuadas desigualdades e conflitos (Minayo, 2003). A violência possui múltiplas definições e só recentemente se tornou um problema à sociedade, apesar de estar presente ao longo da história (Bourdieu, 2003).

O termo “violência” é polissêmico e tem sido estudado por pesquisadores de diferentes campos do conhecimento. Indica desde formas cruéis de tortura e assassinatos em massa até aspectos sutis e difíceis de serem percebidos. Constitui-se como uma ação humana, diferente de catástrofes naturais e da ação animal predadora, pois tem relação social com a liberdade, consistindo na autonomia de um indivíduo em cercear a liberdade de outro (Minayo, 2006).

A violência é reconhecida como objeto de estudo nas áreas das ciências humanas e sociais, constituindo-se apenas recentemente como um

tema de interesse para o campo da saúde. Somente na década de 1990 a Organização Mundial de Saúde OMS) se preocupou com este agravo, e em 1994 a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) organizou uma Conferência Internacional com ministros de saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre o tema.

Neste período, a violência havia adquirido caráter endêmico e era, também, responsabilidade da área da saúde, por caber a esse setor os atendimentos das vítimas, principalmente das agressões perpetradas contra crianças, idosos e mulheres (Azambuja; Nogueira, 2008; Minayo, 2006). Entretanto, os profissionais da saúde assimilaram, de maneira geral, a atuação centrada nas consequências físicas, delegando a outros setores da sociedade os demais atendimentos, atuando de forma fragmentada e não integral (Schraiber; D'oliveira; Couto, 2009).

As violências consistem em qualquer ato que resulte ou tenha possibilidade de ocasionar dano físico, sexual ou psicológico, incluindo ameaça, coerção ou privação da liberdade em ambiente público ou privado (Who, 2013). Podem, ainda, ser perpetradas por meio de práticas de agressões psicológicas, físicas ou sexuais; estupro, abuso ou assédio sexual; tráfico de pessoas e mutilação genital; assassinatos, guerras, conflitos armados e negligências (Grossi, 1995; Oea, 1996).

Tendo em vista a complexidade do tema das violências e das suas múltiplas manifestações, é importante utilizar uma tipologia que dê conta de identificá-las. Conceituações amplas apresentam o risco de não diferenciar as violências explícitas de violações dos direitos humanos em geral, como discriminações e pobreza, igualmente importantes, mas que já possuem termos próprios para designá-los (Heise *et al.*, 1994).

Embora esteja presente na sociedade, o fenômeno da violência se transformou com o passar do tempo, apresentando contornos e desafios específicos de acordo com o momento histórico. Portanto, é fundamental uma série de práticas que deem conta deste agravo, desde a implementação de políticas públicas, realização de pesquisas científicas, formação de estudantes, trabalhadores e gestores, até campanhas de conscientização da sociedade, acesso a serviços e redução das desigualdades.

A violência em números

O Brasil é um país socialmente violento. No ano de 2019, houve 45.503 homicídios no país, o que corresponde à taxa de 21,7 mortes por 100 mil habitantes. Situando esse valor em um quadro de crescimento dos homicídios de 1979 a 2017, o número é inferior ao encontrado para todos os anos desde 1995. Contudo, a queda de 22% no número de homicídios observada entre 2018 e 2019 deve ser vista com cautela em função da deterioração na qualidade dos registros oficiais (Cerqueira *et al.*, 2021).

A precarização dos dados oficiais sobre violências se iniciou em 2018, conforme apontado no “Atlas da Violência de 2020” (Cerqueira *et al.*, 2020), mas atingiu patamar nunca observado desde o início da série histórica, em 1979. Os dados publicados pelo “Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020”, que tem como fonte os boletins de ocorrência produzidos pelas Polícias Cíveis, indicam 47.742 mortes violentas intencionais no ano de 2019, valor 5% superior ao registrado pelo sistema do Ministério da Saúde.

Em 2017, 21,5% do total de óbitos (9.799) foram computados como “mortes violentas por causa indeterminada”, ou seja, assassinatos em que o Estado foi incapaz de identificar a motivação que gerou o óbito. Em 2019 esse número foi de 16.648, o que representa aumento de 69,9%. As mortes por essa causa ocupam o terceiro lugar no ranking da mortalidade geral e o sétimo na de morbidade (Cerqueira *et al.*, 2021).

Do total de homicídios no ano de 2019, 3.737 foram de mulheres (8,2%), 23.327 de jovens (51,2%), 34.466 de negros (75,7%) e 30.825 foram cometidos com arma de fogo (67,7%). Com relação ao suicídio, 13.520 pessoas tiraram a própria vida, cuja taxa foi de 6,4 mortes a cada 100 mil pessoas. A taxa de suicídio entre homens foi de 10,2/100 mil e a de mulheres foi de 2,7/100 mil.

O rastro de dor, sofrimento e consequências negativas dos óbitos, dos traumas e das lesões físicas e emocionais produzidas pelas violências reduzem a qualidade de vida não só dos familiares e amigos, mas amplia, impacta e produz medo, raiva, sofrimento psicológico e doenças mentais

na população. Ainda, têm elevado custo econômico direto e indireto, estimado em 6% do Produto Interno Bruto do Brasil. A desigualdade, mal secular e estruturante no país, se alimenta da violência e conflui para sua reprodução, em que uma das consequências é o sofrimento emocional e o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (Cerqueira *et al.*, 2021).

A relação entre violência e saúde mental

A violência no Brasil se constitui como um determinante de sofrimento e transtorno mental (Ribeiro, 2009). Pesquisa realizada no Rio de Janeiro e São Paulo indicou que cerca de uma em cada 10 pessoas havia vivenciado experiências traumáticas, especialmente aquelas envolvendo violência interpessoal nos últimos 12 meses, o que estava fortemente relacionado a diferentes transtornos mentais (Ribeiro, 2013).

Estudos têm demonstrado que os adoecimentos mentais na idade adulta têm raízes na exposição a eventos estressantes na infância ou adolescência, como maus-tratos infantis, negligência, violência doméstica, abuso físico, bullying, morte de familiares e contextos afetados por guerra ou conflito armado. Em adultos, o transtorno de estresse pós-traumático relacionado a experiências de roubo foi relatado entre funcionários de lojas de conveniência e bancos. Além disso, a depressão, a ansiedade e a fobia social estão relacionadas com a violência comunitária (Belleville *et al.*, 2012; Setti *et al.*, 2012; Benjet *et al.*, 2020).

Os transtornos mentais, principalmente de ansiedade e depressão, constituem-se como importantes problemas de saúde pública global, tendo em vista que 10,5% da carga de doenças na América Latina e no Caribe se deve a transtornos mentais e comportamentais. Em três coortes de nascimento brasileiras (Ribeirão Preto, São Luís e Pelotas), a prevalência de depressão foi superior a 7% e a ansiedade generalizada superior a 9% entre adultos de 22 a 39 anos (Vos *et al.*, 2020; Kohn *et al.* 2005, Orellana *et al.*, 2020).

Inquéritos de base populacional realizados no Brasil mostraram que os transtornos psiquiátricos são altamente prevalentes no país. Um estudo

realizado em três áreas metropolitanas no final da década de 1990 descobriu que a prevalência ao longo da vida de qualquer transtorno psiquiátrico variava de 20% a 50% (Almeida-filho *et al.*, 1997). Outro estudo realizado em São Paulo no início dos anos 2000 descobriu que 46% dos entrevistados tinham um transtorno mental ao longo da vida e quase 27% tinham um transtorno psiquiátrico há mais de um ano (Andrade *et al.*, 2002).

Uma pesquisa populacional brasileira (Andrade *et al.* 2012) também encontrou níveis significativos de transtornos mentais entre residentes de uma grande área metropolitana (prevalência de 30% em um ano). Este estudo explorou a associação de transtornos mentais com eventos traumáticos relacionados ao crime que são considerados comuns no Brasil e concluiu que estes tiveram relação com o aumento na prevalência de todos os tipos de transtornos.

Estudos anteriores mostraram associação entre eventos traumáticos e problemas de saúde mental em países de baixa e média renda para diferentes populações (Roberts *et al.*, 2008; Lurdermir *et al.*, 2008; Norris *et al.*, 2008). A maioria destes estudos foi concebida para avaliar eventos traumáticos em populações específicas, tais como violência praticada por parceiros íntimos contra mulheres, violência doméstica contra crianças ou eventos traumáticos em ambientes de conflito/pós-conflito. Os poucos estudos realizados na população em geral foram desenhados para avaliar a prevalência e correlatos do transtorno de estresse pós-traumático e não examinaram a associação de eventos traumáticos com outros transtornos mentais comuns (Ribeiro *et al.*, 2009).

A relação entre violência e saúde mental, embora evidenciada por pesquisas científicas, ainda apresenta forte impacto na sociedade brasileira. A sociedade, marcada pelo individualismo neoliberal, contribui para este cenário, em que a solidariedade é negligenciada. Ainda, o Estado é ineficiente no combate às diferentes formas de violência e no cuidado em saúde mental na sua integralidade.

Desafios contemporâneos

O século XXI tem colocado desafios para analisarmos as interfaces entre a violência e a saúde mental. O campo da saúde mental, pela abrangência, está atravessado historicamente por disputas de saber e poder, na qual a exclusão, o preconceito e o estigma estão presentes nas práticas dos serviços de saúde e nas relações sociais.

Movimentos, inspirados pela Reforma Psiquiátrica, em variados campos de luta, protagonizaram diferentes formas de denúncias sobre as violências em manicômios e asilos, construindo coletivamente uma crítica sobre os modelos de assistência às pessoas com transtornos mentais (Amarante, 2007). Neste sentido, estratégias importantes foram implementadas no Brasil, como a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Atenção Psicossocial, da Redução de Danos e dos consultórios na rua. Entretanto, em muitas localidades brasileiras estas estratégias têm se mostrado insuficientes, limitadas ainda ao modelo psiquiátrico biomédico, não constituindo-se como dispositivos de cuidado integral.

Associada à saúde mental, a violência resulta de um processo sócio-histórico cuja causalidade é complexa (Minayo, 2006). Entretanto, atualmente ela é incentivada por discursos de ódio, pela cultura da violência e pela política permissiva em relação às armas de fogo e à munição patrocinada pelo Governo Federal em 2019, revogada em 2023.

Ao facilitar o acesso a armas, esta regulação favoreceu a ocorrência de crimes interpessoais e passionais, além de facilitar o acesso das mesmas a criminosos contumazes, como traficantes, assaltantes e milicianos – tendo em vista a comprovada ligação entre os mercados legal e ilegal de armas – e impossibilitar o rastreamento de munições encontradas nos locais dos crimes. Trata-se de uma política cujos efeitos podem perdurar por décadas, período em que essas armas permanecerão em condições de uso e continuarão em circulação (Cerqueira *et al.*, 2021).

O recrudescimento da violência no campo também é outro fator desafiador para a sociedade contemporânea. Essa violência aumentou em 2019, quando foram registrados uma média de cinco conflitos por dia, o

maior número de conflitos em 10 anos. As principais vítimas foram indígenas, sem-terra, assentados e lideranças agrárias (Cerqueira *et al.*, 2021).

O uso da violência por policiais também preocupa, conjugada à ausência de mecanismos institucionais de controle quanto aos padrões institucionais do uso da força, o que propicia não apenas a vitimização de civis, mas também de policiais. Em 2020, segundo o “Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021”, foram 6.416 civis mortos por intervenções de policiais civis e militares da ativa, contra 194 policiais vitimados fatalmente (Cerqueira *et al.*, 2021).

Outro ponto que se constitui como um desafio é a violência política e a politização das organizações da segurança pública, em particular das polícias militares, o que coloca em risco não apenas a paz social, mas desestabiliza os princípios da democracia. Destaca-se um episódio potencialmente simbólico, ocorrido em Recife/PE, no dia 29 de maio de 2021, em que policiais militares atacaram violentamente cidadãos durante manifestações pacíficas com tiros com balas de borracha, bombas de gás lacrimogêneo e spray de pimenta (Cerqueira *et al.*, 2021).

Deve-se considerar, ainda, as diversas temáticas relacionadas à violência e saúde mental, como as desigualdades de gênero, racismo religioso, homofobia às populações LGBTQIAP+, pessoas privadas de liberdade, pessoas que vivem com HIV/aids, população indígena e os diversos tipos de violências. Nesse sentido, pela atualidade e relevância social, pesquisas científicas são necessárias e imprescindíveis para o aprimoramento dos debates acadêmicos e sociais acerca da violência e saúde mental na contemporaneidade, especialmente na proteção de mulheres, crianças, jovens, indígenas, populações do campo, LGBTQIA+, negros e quilombolas.

No campo da saúde mental, os desafios são imensos. A elevada prevalência de pessoas que vivem em sofrimento ou transtornos mentais, principalmente após a pandemia da Covid-19, exige reorganização das redes de atenção em saúde. O retorno de discursos manicomiais nos últimos

anos e a precarização do Sistema Único de Saúde contribui para um cenário de fragilidade no cuidado, em que muitas vezes o uso da medicação é referido como a única alternativa no cuidado.

Os textos que compõem este livro

Esse livro, denominado de “Violência e saúde mental: desafios contemporâneos”, espera contribuir para dar visibilidade os debates e reflexões das relações que impulsionam as violências e a saúde mental em diferentes formas (ocultas, negligenciadas e explícitas). É uma aposta no compartilhamento de estratégias para o enfrentamento das violências e suas interferências na saúde mental, confiando na potência das trocas de informações e conhecimento entre grupos de pesquisa e na ampliação de conversas e fóruns intersetoriais.

Os quinze capítulos que compõem este livro caracterizam-se por narrativas marcantes, experiências proeminentes e exames minuciosos que constituem uma série diversificada de textos que tratam das ações do Estado, da dor de pessoas em situações de vulnerabilidade, da crítica ao colonialismo, das políticas públicas com seus alcances e limitações, da criminalização de pessoas, do trabalho e seus meandros, do racismo religioso, das omissões e opressões relacionadas à violência e à saúde mental. Trata-se de manuscritos que exigem fôlego e resistência para a leitura, tendo em vista que apontam as várias formas de desigualdades existentes na realidade brasileira.

Esse livro não teria existido se não fosse o fortalecimento e a articulação interinstitucional do campo da Saúde Coletiva, fundamental na ampliação da pluralidade intelectual e da diversidade de investigações científicas relacionadas às temáticas da violência e da saúde mental. Os organizadores, vinculados à Escola de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina/campus Araranguá, desde 2019, buscam o aprofundamento de temas em saúde e, não por acaso, esse livro tem a parceria fundamental com a Rede Unida, além do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, do Mestrado

Profissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Catarina, e do Mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Sul de Santa Catarina, que apoiaram com a divulgação e participação desta produção coletiva.

Referências

ALMEIDA FILHO, N; MARI, J.J, COUTINHO, E.; *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. **British Journal of Psychiatry**, [S. l.], v. 171, p. 524-529, 1997.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P.; ANDREONI, S; *et al.* Mental Disorders in Megacities: findings from the sao paulo megacity mental health survey, brazil. **Plos One**, [S. l.], v. 7, n. 2, e31879-4, 14 fev. 2012. Public Library of Science (PLOS).
<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>.

ANDRADE, L.; WALTERS, E.; GENTIL, V.; *et al.* Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, [S. l.], v. 37, p. 316-325, 2002.

AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, [S. l.] v. 17, n. 3; p. 101-112, 2008.

BELLEVILLE, G.; MARCHAND, A.; ST-HILAIRE, M.H., *et al.* PTSD and depression following armed robbery: patterns of appearance and impact on absenteeism and use of health care services. **Journal Of**

Traumatic Stress, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 465-468, 25 jul. 2012. Wiley.
<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21726>.

BENJET, C.; AXINN, W. G.; HERMOSILLA, S. *et al.* Exposure to Armed Conflict in Childhood vs Older Ages and Subsequent Onset of Major Depressive Disorder. **Jama Network Open**, [S. l.], v. 3, n. 11, e2019848, 13 nov. 2020. American Medical Association (AMA).
<http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19848>.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da Violência 2021**. São Paulo: FBSP, 2021.

GROSSI, M. O significado da violência nas relações de gênero no Brasil. **Sexualidade, Gênero e Saúde**, [S. l.], v. 2, n. 4, p. 473-483, 1995.

HEISE, L. Violence against women. the hidden health burden. **World Health Stat Q**, [S. l.], v.46, n. 1, p. 78-85, 1993.

KOHN, R.; LEVAV, I.; ALMEIDA, J. M. C., *et al.* Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. **Rev Panam Salud Pública**, v. 18, n. 4/5, p. 229-240, 2005.

LUDERMIR, A. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L., *et al.* Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 66, n. 4, p. 1008-1018, fev. 2008. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.021>.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. *In.*: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E.R. (org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 13-22.

MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 2, p. 375-383, 2006.

NORRIS, F. H.; MURPHY, A. D.; BAKER, C. K. *et al.* Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Mexico. **Journal Of Abnormal Psychology**, [S. l.], v. 112, n. 4, p. 646-656, nov. 2003. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.112.4.646>.

OEA. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**: Convenção de Belém do Pará. São Paulo, CLADEM/IPÊ, 1996.

ORELLANA, J. D. Y.; RIBEIRO, M. R. C.; BARBIERI, M. A. *et al.* Transtornos mentais em adolescentes, jovens e adultos do Consórcio de Coortes de Nascimento brasileiras RPS (Ribeirão Preto, Pelotas e São Luís). **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 2, e00154319, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00154319>.

RIBEIRO, W. S.; ANDREOLI, S. B.; FERRI, C. P. *et al.* Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 49-57, out. 2009. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462009000600003>.

RIBEIRO, W. S.; MARI, J. J.; QUINTANA, M. I., *et al.* The Impact of Epidemic Violence on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil. **Plos One**, [S. l.], v. 8, n. 5, e63545, 8 maio 2013. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0063545>.

ROBERTS, B.; OCAKA, K. F.; BROWNE, J., *et al.* Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. **Bmc Psychiatry**, [S. l.], v. 8, n. 1, maio 2008. Springer Science and Business Media LLC.
<http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-8-38>.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.]v. 25, n. 1, p. 205-216, 2009.

SETTI, I., VAN DER VELDEN, P.G.; SOMMOVIGO, V., *et al.* Well-Being and Functioning at Work Following Thefts and Robberies: a comparative study. **Frontiers In Psychology**, [S. l.], v. 9, fev. 2018. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00168>.

VOS, T.; LIM, S. S.; ABBAFATI, C., *et al.* Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the global burden of disease study 2019. **The Lancet**, [S. l.], v. 396, n. 10258, p. 1204-1222, out. 2020. Elsevier BV.
[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30925-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30925-9).

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WHO. **Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision**. 1. ed. Geneva: WHO, 2013.

“Eu fico parando a dor do meu filho morto todos os dias”

Rachel Gouveia Passos

Na madrugada do dia 07 de agosto de 2023, na favela Cidade de Deus, localizada na cidade do Rio de Janeiro, o adolescente de 13 anos, Thiago Menezes Flausino foi morto durante uma operação policial. De acordo com relatos dos familiares¹, o jovem estava na garupa da moto de um amigo quando foi atingido na perna por um disparo, sendo executado quando caiu no chão. Rapidamente a comunidade mobilizou-se para contestar a morte do jovem, publicando nas redes sociais a situação e ocupando as ruas da localidade.

A repercussão da execução do jovem de 13 anos mobilizou inúmeras entidades, coletivos e movimentos sociais. Além disso, o Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, também questionou e cobrou a qualificação e inteligência nas ações policiais² para o governador Cláudio Castro, quando esteve discursando no Rio de Janeiro, ocasião do lançamento do novo Programa de Aceleração do Crescimento.

Segundo o Relatório Semestral do Instituto Fogo Cruzado (2023), no primeiro semestre de 2023 houve 1.784 tiroteios na região metropolitana do Rio de Janeiro. Destaca-se que 1.112 pessoas foram vítimas de disparos de armas de fogo, sendo seis pessoas baleadas por dia, em média. Desse número, 581 foram mortas e 531 ficaram feridas. É importante sinalizar que a população negra adolescente é a mais atingida.

¹Disponível: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/08/08/o-que-se-sabe-sobre-a-morte-do-adolescente-thiago-menezes-na-cidade-de-deus.ghtml> Acesso realizado em: 15 de agosto de 2023.

² Disponível: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/lula-sobre-morte-de-crianca-no-rj-policia-nao-pode-atirar-a-esmo-sem-saber-para-onde-atira> Acesso realizado em: 15 de agosto de 2023.

Diante de tal realidade não podemos esquecer daquelas que ficam invisibilizadas com as mortes de crianças e adolescentes: as mães negras faveladas. No cotidiano da “democracia das chacinas” (Silva; Dara, 2015), precisa-se aprender a lidar com a violência e suas expressões desde muito cedo. A violência é uma marca pulsante na realidade das mulheres negras, levando-nos a “acostumar” com a dor.

Judith Butler em “Vida precária: Os poderes do luto e da violência”, traz a seguinte indagação: “quem conta como humano? Quais vidas contam como vidas? E, finalmente, o que “concede a uma vida ser passível de luto?” (Butler, 2020, p. 40). Tais questões nos ajudam a problematizar a naturalização da destruição direcionada para aqueles que habitam a “zona do não-ser”, e são lidos como os “condenados da terra”, a partir da experiência das mães de vítimas de violência de Estado.

A condenação, imposta pelo estado permanente de guerra, é operada pelo terror de Estado atravessando o “não-ser” mulher (negra) a partir do momento em que a bala que matou seu filho segue atravessando a sua existência. Mais do que falar da materialidade da destruição é trazer para a cena pública a morte contínua daquelas que precisam ressignificar diariamente sua existência, após o assassinato dos filhos.

A produção da “mortificação do eu” (Goffman, 2008) fora das instituições totais possui contornos que demandam nossa atenção, uma vez que atualizam práticas manicomiais. Se por um lado as instituições servem para conter, controlar e subjugar os corpos e subjetividades, por outro lado, os que escapam também são atravessados pela lógica da destruição. Apesar da localização do “não-ser” (mulher) negra está colocada, quando nos atentamos para as mães de vítimas de violência de Estado, identificamos uma marca pouco explicitada: o luto. Na zona da destruição de que maneira pode-se vivenciar o luto?

De acordo com Butler (2020), a violência atravessa aqueles que não são identificados como vidas, logo, não existe violação e nem negação. “Elas não podem ser passíveis de luto porque sempre estiveram perdidas ou, melhor, nunca “foram”, e elas devem ser assassinadas, já que aparentemente continuam a viver, teimosamente, nesse estado de morte”

(Butler, 2020, p. 54). Portanto, há uma inesgotável continuidade da “desrealização do “Outro””, o que significa que não existe – nem está vivo e nem morto -, mas “interminavelmente espectral” (Butler, 2020, p. 54).

A negação da possibilidade do luto é característica basilar da colonialidade do cuidado e faz parte da composição da “zona do não-ser”. Esse lugar estéril e árido promove com que essa mãe continue parindo seu filho morto cotidianamente e não autorize a viver o luto sem ser contornada pela destruição de sua existência. Dessa forma, “a paranoia infinita que imagina a guerra contra o terrorismo como uma guerra sem fim será aquela que se justifica em relação à infinidade espectral de seu inimigo” (Butler, 2020, p. 54). Ou seja, a destruição desse inimigo se dá ao ponto de afirmar a sua não existência, por isso a negação do direito à memória, à verdade, à justiça e à reparação se faz presente. Contudo, não basta apagar o inimigo em si, torna-se necessário destruir o ventre, o colo e o cuidado que o geram e o balançam.

Apesar de introjetar em sua existência os modos de vida e os contornos brancos em seus processos de subjetivação, o negro na ontologia do colonizador é uma não vida. Sendo identificado como não vida há um entendimento de que seus instintos são selvagens e primitivos, o que dá autorização para ser colocado como corpo matável, segunda característica da colonialidade do cuidado. Dessa forma, o “não-ser” (mulher) negra nunca poderá ocupar o lugar da mãe ideal, já que a maternidade foi colonizada e moldada a partir da ontologia do colonizador. Logo, a destruição física e psíquica faz parte dessa maternidade colonizada.

Na pesquisa desenvolvida pela Redes de Desenvolvimento da Maré, em 2019, com moradores do conjunto das 16 favelas que compõem o Complexo da Maré, foram identificados, na amostra de 1.211 adultos, os seguintes dados: 21,1% tiveram alguma pessoa próxima morta ou baleada; 19,8% viram alguém ser espancado ou agredido; 14,2% viram alguém ser baleado ou morto e 11,5% tiveram a casa invadida por integrantes de grupos armados ou policiais. Para os pesquisadores, tais experiências de violência e medo de violência encontram-se associadas a pior saúde mental e menor qualidade de vida. Além disso, quanto mais pobre, jovem, mulher,

desempregado/a e sem companheiro/a pior são as condições (Cruz *et al.*, 2021).

Na dissertação de mestrado “Mães da resistência: um olhar sobre o papel do racismo no processo de adoecimento de mães militantes que perderam seus filhos para a violência de Estado”, é possível identificar a prevalência de sintomas vinculados ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). De acordo com Araújo (2019), as mães entrevistadas em seu estudo apresentaram diferentes sinais e sintomas, como: palpitações, memórias intrusivas e debilitantes, sensação de isolamento, encurtamento do futuro, entre outros. Ao mesmo tempo que tal informação aparece, a autora nos chama atenção sobre o diagnóstico e o contexto em que foi descrito. Ele surge para “explicar as vivências de pessoas que experimentaram diretamente situações violentas, como é o caso de soldados em guerra, mas que são retiradas do ambiente em que o trauma foi vivido e o revivem, a *posteriori*, já fora da situação de risco” (Araújo, 2019, p. 97). No caso das mães de vítimas de violência de Estado, elas continuam no território que se encontra em estado permanente de guerra e vivenciam as mortes de outros adolescentes, jovens e adultos. Ou seja, “esse fato potencializa o luto prolongado e o sofrimento dessas mães que permanecem vendo casos parecidos com os seus se repetindo e são obrigadas a “reviver” diversas vezes, na realidade material de suas vidas, o enredo das violências a que foram submetidas” (Araújo, 2019, p. 97).

Essa experiência de reviver a dor da perda, por não ter condições de mudar de território, demonstra a permanente negação do luto. O repertório da destruição, base da ontologia do colonizador, traça novos contornos de sofrimento a partir do imbricamento das relações de raça, gênero, classe e território. Quando olhamos para as experiências das mães de vítimas de violência de Estado, atentamos para uma produção de sofrimento e adoecimento psicossocial particular, que é fruto do estado permanente de guerra, e que nos faz problematizar a generalização de patologias e intervenções terapêuticas.

Segundo Soares, Miranda e Borges (2006), há uma prevalência de adoecimento nos pais e mães, filhos, cônjuges e irmãos que são familiares

de vítimas de violência de Estado. Na pesquisa desenvolvida pelos autores, na cidade do Rio de Janeiro, foi localizado que a grande maioria dos entrevistados não recorreu a tratamento psicológico ou psiquiátrico, apesar do acesso gratuito.

Já para Costa *et al.* (2017, p. 686), “o Brasil ainda carece de estudos sobre como as famílias das vítimas vivenciam essa perda”, principalmente em relação à saúde física e psíquica. Com uma pesquisa desenvolvida em dez cidades brasileiras ouvindo familiares, em destaque mulheres, os resultados mostraram que o homicídio promoveu impactos profundos na qualidade de vida e no desencadeamento de adoecimento e sofrimento. Inúmeros foram os problemas de saúde relatados: “insônia, ansiedade, depressão, tentativa de suicídio, dor no peito, hipertensão, aumento do colesterol, problemas gástricos, problemas cardíacos, distúrbios na tireoide, perda/aumento de peso e desenvolvimento de câncer” (Costa *et al.*, 2017, p. 693).

No Estado do Rio de Janeiro, podemos destacar a importância do papel desempenhado pela Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (CDDHC/ALERJ) no acolhimento das mães e familiares vítimas de violência de Estado. A CDDH recebe denúncias de violações que acontecem e acompanham as operações, além de realizar busca de dados e informações do que está ocorrendo no Estado. Uma de suas frentes de trabalho é o recebimento de denúncias e acolhimento de familiares vítimas de violência de Estado. De-jany Ferreira dos Santos, ex-assessora da comissão, em entrevista publicada, aponta que a maioria das famílias chegam com demanda jurídica e demanda psíquica. “Quando um jovem é executado, essas famílias, geralmente trabalhadoras, perdem o rumo nesse processo: a mãe não consegue mais trabalhar, o irmão começa a ir mal na escola” (Santos, 2018, p. 69).

A CDDHC, em 2019, atendeu 631 novos casos, além de acompanhar os demais dos anos anteriores, o que representava 2524 atendimentos. As principais demandas que apareceram são das áreas de assistência social, saúde/saúde mental e acesso à justiça (Defensoria Pública). No Relatório Anual de 2019, podemos identificar 14 casos de saúde mental, não sendo

possível especificar se a procura é por atendimento. Destaca-se que a equipe do CDDHC é composta por profissionais do Direito, da Psicologia e do Serviço Social, além de outras categorias.

Fruto de articulações protagonizadas pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (DPERJ) criou-se, em 2022, a Rede de Atenção a Pessoas Afetadas pela Violência de Estado (RAAVE), que tem como objetivo a ampliação do atendimento psicossocial realizado pelo Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos (NUDEDH/DPRJ), tendo como parceria a sociedade civil e as universidades públicas. Importante sinalizar que a composição da RAAVE é predominante de grupos de psicologia e psicanálise, o que fortalece uma perspectiva de atendimento psicológico individualizado³.

Tais dados demonstram que o debate da saúde mental nunca foi tão fundamental para pensarmos as múltiplas dimensões da vida social, as concepções de saúde/ saúde mental e os projetos societários. As determinações sociais forjam os processos de subjetivação e os modos de vida moldando as respostas individuais à realidade social. Diante de tal cenário em que temos a produção do transtorno de estresse pós-traumático e a centralidade do atendimento psicológico, qual noção de saúde mental desejamos viabilizar e afirmar? Se vivemos em estado permanente de guerra, como responsabilizar o processo de adoecimento e sofrimento para o coletivo?

De acordo com Costa e Mendes (2020), vivemos em uma sociedade que está sofrendo mais e, por isso, apresentando maior prevalência e incidência de transtornos mentais. Ao mesmo tempo ocorre a intensificação da psicopatologização da vida que nos remete às bases da psiquiatria e ao seu mandato social. Apesar de ser um fenômeno mundial, as manifestações se expressam de acordo com as “particularidades, singularidades e múltiplas mediações que se materializam nos e pelos diferentes contextos, grupos e indivíduos” (Costa; Mendes, 2020, p. 2). Logo, as diferenças da formação dos Estados Nacionais, nos modos de vida e nos processos de

³ Disponível em: <https://defensoria.rj.def.br/noticia/detalhes/20499-Vitimas-de-violencia-do-Estado-ganham-rede-de-apoio-psicologico> Acesso realizado em: 10.02.2023.

subjetivação da população implicam diretamente nas noções e possibilidades de cuidado em saúde mental, sendo elas ofertadas pelo Estado ou construídas coletivamente nas comunidades. Dessa forma, “se os campos do saber-fazer [...], querem compreender e atuar com a saúde mental em nossa atualidade, devem, para além da aparência, entender a forma como vivemos no presente enquanto continuidade de um longo processo histórico” (Costa; Mendes, 2020, p. 2).

Como consequência da condição de sobrevivência temos a medicalização e a farmacologização do sofrimento fazendo parte da vida das mães vítimas de violência de Estado. Na busca de aliviar a “dor que enlouquece” busca-se por uma resposta mais imediata para tentar sobreviver a “situação-limite”, já que mesmo convivendo com a destruição diariamente não ocorre adaptação a essa condição, mas a produção de novos contornos da existência que podem levar a destruição ou a (re)existência. Aliás, “o adoecimento pode significar, uma resposta esperada, uma reação normal a uma situação anormal” (Moreira; Guzzo, 2015, p. 575).

De acordo com Flauzina (2017, p. 100), existe na democracia racial, que está conformada na autoimagem do país, “que as elites nacionais podem contar com grupos de extermínio institucionalizados, sem que isso comprometa seu perfil de benevolência e tolerância no trato com os grupos historicamente marginalizados”. Tais grupos reproduzem a dominação da hierarquia racial embasados pela criminologia e demandados pela psiquiatria. Dessa maneira, o maquinário estatal não só gira em torno do complexo industrial-prisional como também do complexo manicomial-farmacológico ampliando as formas de regulação e controle daquelas que são identificadas como fábricas de marginais.

A incessante busca por alívio não pode ser reduzida a uma patologia e, sim, entendida como um grande sintoma social do que denominamos de trauma psicossocial colonial. A dor negra faz parte da manutenção do repertório da destruição instituída pela ontologia do colonizador. Isso significa que há uma produção constante de sofrimento psicossocial que torna as experiências negras e, que, pode levar ao adoecimento. Portanto,

essa produção permanente de dor contribui para que as mulheres negras permaneçam em lugares sociais de sujeição e subordinação.

Um importante debate realizado pelas mulheres negras, a partir do final dos anos 1980, foi sobre a prática crescente de esterilização, principalmente nas mulheres pobres, o que gerou inúmeros questionamentos e denúncias (Costa *et al.*; 2006, p. 372). Apesar da conquista da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, esse tipo de ação ganhou novos contornos tendo como argumento o uso prejudicial de álcool e drogas. Como estratégia central utiliza-se a internação compulsória – aquela determinada pela justiça – como forma de controle e resposta para promover a intervenção psiquiátrica. Importante destacar que segundo o “3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira”, o perfil das mulheres que fazem uso prejudicial é composto majoritariamente por não brancas, com baixa escolaridade, pobres e na faixa etária entre 25 e 34 anos.

O que desejamos demonstrar é o quanto a saúde mental vai sendo acionada como justificativa para a manutenção da ordem social vigente via controle psiquiátrico, medicamentoso e farmacológico. Como a vida das mulheres negras é vista como uma “não-existência” cria-se saberes/poderes/instituições que atuem diretamente sobre seus corpos e subjetividades garantindo a “mortificação do eu” (Goffman, 2008). Levá-las às “situações-limite” faz parte do cotidiano da sociedade moderna. Logo, ter tristeza, ansiedade, medo, pensamentos intrusivos são parte da experiência delas, sendo respostas ao contexto social em que vivem (Araújo; Souza; Silva, 2022), o que gera tanto sofrimento e adoecimento psicossocial quanto físico, já que não estão desassociados. Portanto, é urgente com que o debate das relações de classe, gênero, raça, etnia e sexualidade sejam apreendidos na Saúde Mental e Atenção Psicossocial para que se possa construir um cuidado em liberdade que tenha como princípio o fim das opressões e exploração.

Referências

ARAÚJO, V. S. **Mães da Resistência: um olhar sobre o papel do racismo no processo de adoecimento de mães militantes que perderam seus filhos para a violência de Estado**. 128 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

ARAÚJO, V. V.; SOUZA, E. R.; SILVA, V. L. M. “Eles vão certos nos nossos filhos”: adoecimento e resistências de mães de vítimas de ação policial no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, n. 4, p. 1327-1336, abr. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022274.06912021>.

BUTLER, J. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

COSTA, P. H. A.; MENDES, K. T. Colonização, Guerra e Saúde Mental: fanon, martin-baró e as implicações para a psicologia brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, [S. l.], v. 36, p. 1-12, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe14>.

COSTA, T. *et al.* Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 10, n. 20, p. 363-380, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832006000200007>.

CRUZ, M. *et al.* Violência, saúde mental e qualidade de vida de adultos que vivem nas favelas da Maré. *In.*: SILVA, E. S.; HERITAGE, P. **Estudo com moradores das 16 favelas da Maré**. Rio de Janeiro: People's Palace Projects do Brasil, 2021. (Coleção Construindo Pontes, Livro 1.)

FLAUZINA, A. L. P. **Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro**. 2. ed. Brasília: Brado Negro, 2017.

FOGO CRUZADO. **Relatório Semestral: Grande Rio teve mais de mil baleados**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://fogocruzado.org.br/dados/relatorios/grande-rio-primeiro-semester-2023>. Acesso em: 15/08/2023.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

MOREIRA, A. P. G.; GUZZO, R. S. L. Do trauma psicossocial às situações-limite: a compreensão de ignácio martín-baró. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 569-577, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2015000300021>.

SANTOS, D. F. Entrevista com Dejany Ferreira dos Santos. *In.*: PEDRETTI, L. *et al.* (org.). **Reparação como política: reflexões sobre as respostas à violência de Estado no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: ISER, 2018.

SILVA, D. M.; DARA, D. Mães e familiares de vítimas do Estado: a luta autônoma de quem sente na pele a violência policial. *In.*: KUCINSKI, B. *et al.* (org.). **Bala perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua recuperação**. São Paulo: Boitempo, 2015.

SOARES, G. A. D.; MIRANDA, D.; BORGES, D. **As vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

Articulações entre colonialismo e lógica manicomial: reflexões para (re)pensar a saúde mental no Brasil

Vitória de Amorim Almeida
Márcio Mariath Belloc

Diante das atuais demandas interseccionais do mundo contemporâneo, é de fundamental importância que o campo da saúde mental esteja atualizado e inserido em tais debates, objetivando garantir o cuidado às pessoas em sua particularidade. Portanto, é crucial desconstruir as violentas compreensões manicomiais que ainda permeiam o campo e, para isso, faz-se necessário também se posicionar de modo decolonial, ao entender que a própria lógica manicomial é também mais um fruto do processo de colonização. São tais articulações entre colonialidade e manicomialidade que esse texto pretende esmiuçar, de modo introdutório, a fim de auxiliar no pensar de possibilidades outras para a (re)construção do campo da saúde mental.

A modernidade e a construção do ser humano universal

A modernidade, segundo Alves e Delmondez (2015), se caracteriza por uma série de complexos eventos que culminam em uma nova vivência identitária para o homem europeu, “a problemática moderna em torno da identidade e de sua representação” (Alves; Delmondez, 2015, p. 649). É o momento da história em que se desenvolve a noção de subjetividade: o sujeito consciente de si mesmo. Essa questão é plasmada no campo das artes, por exemplo, por Shakespeare em sua Comédia dos Erros: “sou eu, eu mesmo?” – pergunta-se o personagem Drômio de Siracusa frente ao seu duplo. De forma concomitante, a razão se torna um dos elementos de maior destaque na construção de mundo e de sujeitos.

A capacidade de autoconhecimento, autoconsciência e autorrepresentação se tornam a marca de um sujeito propriamente dito, dotado de racionalidade. É com base nessa articulação entre racionalidade e construção de uma moralidade moderna que se assentam as bases para a sociedade ocidental e seus moldes culturais, políticos, de comunidade e indivíduos (Mbembe, 2016).

O “mito europeu” pretende afirmar que a Europa alcança a modernidade e o desenvolvimento político/econômico de forma independente e autocentrada, com origens ao final da Idade Média, passando pelo Renascimento Italiano, Revolução Francesa, Iluminismo (Alves; Delmondez, 2015). Porém, teóricos como Bermúdez (2011) defendem que, na realidade, a modernidade não poderia existir sem o processo de colonização, ou seja, invasão e genocídio de outros povos e países. Ainda de acordo com o autor, é a partir da suposta inovadora concepção acerca da subjetividade que pensadores como Hegel justificam uma superioridade europeia em relação aos diversos outros povos considerados, portanto, primitivos. Por exemplo, em suas lições sobre a filosofia da história universal afirmava que os indígenas seriam inferiores e sem história, considerava os árabes mulçumanos fanáticos e decadentes, os negros amorais, bem como sustentava que os asiáticos só estavam um pouco mais avançados que os negros.

Zaffaroni (1915) nos lembra que para o mesmo Hegel os latino-americanos nunca alcançaram o por ele definido como mais alto período germânico; que não tinham história, só tinham futuro, pois justamente o espírito desse período (o *Geist*) é que teria nos inserido na história. A construção dessa pretensa superioridade existencial torna-se justificativa para a missão civilizatória: o processo de possibilitar a evolução aos povos considerados primitivos das colônias. A almejada evolução é a pretensa razão para as invasões e violências exercidas nos diversos processos de colonização comandados por países europeus (Bermúdez, 2011). Assim, evidencia-se o processo de desumanização exercido sobre os sujeitos nativos das

terras colonizadas, lançados a um arbitrário local de inferioridade; colonizando, então, não apenas seus territórios, mas também a sua própria existência.

Ainda nesse sentido, é mister pensar que, para a construção do sujeito universal pensante – portanto dotado de razão e de subjetividade – é necessária a presença de um outro que se caracteriza por ser o oposto: o objeto, um não-sujeito selvagem, alheio ao conhecimento de si e do mundo. É a colonização do ser: o lugar de não-humanidade legado ao ser colonizado e escravizado, que é coisificado, ou seja, tido como coisa, mero objeto/animal, no lugar de ser humano (Walsh, 2007). É a presença do homem branco heteronormativo e colonizador, que se autoproclama sujeito, que produz o lugar do outro selvagem, não-sujeito.

Entretanto, tais violências não se encerram com o alcançar de uma independência política. Mesmo com o fim da colonização – de modo simplista, o fim da submissão política de um território a outro – permanece e se atualiza o processo de colonialidade, vivo justamente no processo de dominação subjetiva de saberes e existências. Como diz Walsh (2007) ao citar Zapata Olivellanos, as correntes não estão mais nos pés, mas nas mentes; ou seja, o controle permanece a partir de uma hegemonia epistemológica, na construção e propagação ideológica de um único saber, cultura e modo de viver enquanto correto/universal.

Zaffaroni (2015), por sua vez, apresenta e discute o colonialismo na América Latina em três distintas fases. O que inicia nos eurocentricamente chamados descobrimentos é denominado pelo autor como colonialismo originário, sendo a segunda fase a do neocolonialismo, compreendendo desde a derrocada dos regimes escravocratas e construção das repúblicas oligárquicas do final do século XIX, passando pelas confrontações populistas e antipopulistas dos anos 1960, até a decadência genocida, para chegar às construções de seguridades nacionais dos anos 1980 com o fim das ditaduras militares latino-americanas orientadas pelo Plano Conдор estadunidense. A atual seria, então, a fase superior do colonialismo, marcada por nossas frágeis democracias e dominadas pelo modelo neoliberal contemporâneo e o capitalismo de mercado transnacional.

Em todas estas fases, ainda que de formas distintas, podemos encontrar genocídios, negação da existência da história, da cultura e das pessoas do sul do mundo, exploração econômica intercontinental e produção, como mínimo, de humanos menos humanos, que em todas as três fases foram e seguem sendo os mais pobres e os mais negros e indígenas

Maldonado-Torres (2007), por sua vez, nos ensina que a colonialidade na América Latina permanece em voga na importação de um saber-viver específico de culturas distintas (europeia e estadunidense no mundo contemporâneo), o que implica compreender as influências desse domínio, por exemplo, no campo cultural, na forma como o sujeito/povo compreende a si mesmo, na educação, ciência. Assim, a mesma ordem social de sujeito correto universal enquanto homem-cis-branco-hétero-europeu segue produzindo modos de subjetivação que determinam a inferioridade dos indivíduos não-pertencentes a essa categoria (não-brancos, mulheres, pessoas lgbtqi+, não-europeus ou estadunidenses).

Nesse cenário, tentar alcançar a imagem do dito sujeito universal se confunde com pertencer à branquitude colonizadora, rica, heteronormativa, racional. A – falsa – possibilidade de ser alçado à humanidade perpassa por se adequar a perspectivas, costumes, práticas culturais tipicamente exteriores. Aqui, é importante destacar que tal jogo binário de superior-inferior – que dita quem é verdadeiramente humano – só se estabelece com a presença do colonizador, o sujeito propriamente dito, como explicita Fanon (2020):

Um malgaxe é um malgaxe; ou melhor, não; um malgaxe não é um malgaxe: é absolutamente inexistente a sua “malgaxeria”. Se ele é malgaxe, é porque o branco chegou, e se, em determinado momento da sua história, ele foi levado a se perguntar se era ou não um homem, é porque lhe questionavam essa realidade de homem. Em outras palavras, começo a sofrer por não ser um branco na medida em que o homem branco me impõe uma discriminação, faz de mim um colonizado, extorque de mim todo o valor, toda a originalidade. (Fanon, 2020, p. 112)

Reafirma-se: é a presença do sujeito colonizador que produz o não-lugar dos povos e indivíduos violentados pela colonização e colonialidade. Becker (2009) evidencia que cada sociedade determina um padrão específico a ser seguido, considerado enquanto normal/correto, enquanto o que escapa à norma é considerado como desviante, passível de sofrer punição e coerção social. Existe uma série de aparatos que se dispõem de modo a gerir a vida, regular corpos e comportamentos à norma e descartar os inapropriados (Estado, educação, prisões, mercado de consumo).

A própria psicologia se desenvolveu inicialmente enquanto estratégia de regulação de corpos, o estudo científico que permitiria distinguir o sujeito normal do anormal. Inclusive, é da intervenção sob os considerados “anormais” que a psicologia se desenvolve: são os estudos da degenerescência, ou seja, estudos acerca dos corpos considerados inaptos socialmente – pessoas em sofrimento mental, em situação de vulnerabilidade, tuberculosos, improdutivos, prostitutas, alcoólatras –, e os efeitos sociais de sua existência e reprodução (Rose, 2008). É possível perceber, então, o marco de concepções de moralidade e ordem social coloniais presentes no desenvolvimento de um saber no campo da saúde mental.

Pois, como já visto, os padrões de sujeitos desejáveis/aceitos socialmente perpassam por critérios arbitrários e coloniais, que remontam a tempos longínquos, mas permanecem em voga no mundo contemporâneo. Retomando a construção desse ideal universal desejado, destaca-se novamente a importância da racionalidade, que é constitutiva do sujeito. É a partir dessa centralidade na razão que se produz mais um não-lugar: o louco. Foucault (2017) demonstra que, enquanto a loucura ocupou lugares distintos a depender da época em questão, é a partir do período do Renascimento que se constrói a primazia da razão e vê-se a loucura enquanto perda desta.

Ademais, Foucault (2017) também destaca o lugar da loucura enquanto alinhado à imoralidade, visto que, nesse mesmo período, a loucura concomitantemente é percebida enquanto fuga da norma, ou seja, a percepção do fenômeno “não como efeito de um mistério ocultado, mas fruto

da prática moral do homem, no desvio do indivíduo do caminho da retidão” (Silveira; Simanke, 2009, p. 27). Destaca-se aqui como, durante a “grande internação”, vivida no período Clássico, a exclusão social – medida de punição aos socialmente desajustados sob o prisma de Becker (2009) – foi espaço para os considerados insanos, mas também para pobres, criminosos, prostitutas, crianças órfãs, desempregados. Aqui se torna evidente o exercício de poder e a arbitrária decisão de distinção entre os desejados e indesejados socialmente, demonstrando higienismo social e o caráter moral da reclusão (Silveira; Simanke, 2009).

De acordo com Mbembe (2016), ao não corresponder ao padrão desejado e arbitrariamente pré-estabelecido de normal/sujeito universal, o indivíduo desumanizado perde inclusive o direito à vida. O autor define a necropolítica enquanto o exercício da soberania: a possibilidade de ditar quais corpos, mais que podem, devem morrer. Nesse sentido, o autor compara o genocídio dos povos colonizados ao contemporâneo genocídio das populações trabalhadoras e em situação de vulnerabilidade no mundo industrializado; ampliando a perspectiva, é também possível comparar com a política de morte exercida dentro dos manicômios. Aqui já se evidencia a perpetuação de tal compreensão acerca da loucura, bem como suas medidas de intervenção, exportadas e consolidadas por meio da colonização.

Articulações manicoloniais

Herança da “grande internação”, os manicômios, de acordo com Goffman (1961), são instituições totais. Que se explique: instituições de residência e trabalho, no qual o sujeito se encontra confinado por tempo integral, com reduzido – ou inexistente – contato com o mundo externo. Ademais, a instituição também é responsável por gerir plenamente a vida do indivíduo, exercendo controle pleno acerca de horários, atividades, alimentação e mesmo aspectos de caráter mais pessoal, tais como aparência

física e relações interpessoais. No específico caso dos manicômios, são instituições destinadas a receber pessoas consideradas insanas, ou seja, com alguma questão no âmbito da saúde mental.

No interior do manicômio também é possível observar a expressão do sujeito universal; não por esse se encontrar internado ali, mas pelo exato oposto: o manicômio é um dispositivo destinado a encarcerar os não-sujeitos. O psiquiatra italiano Franco Basaglia (1971) denunciou o não-lugar de cuidado dos manicômios que, na realidade, caracterizam-se enquanto instituições de gestão da ordem social. A sua função, como dito anteriormente, é a promoção do higienismo social, a proteção da sociedade contra aqueles considerados indesejáveis socialmente. Nesse contexto, o profissional psiquiatra/psicólogo, supostamente detentor do saber no campo da saúde mental, possui um duplo papel: o de exercer o cuidado e “tratar” o paciente, mas também o de tutor da ordem social, capaz de legitimar a retirada do convívio social, assim, protegendo a sociedade dos indesejáveis (Basaglia, 1971).

E, mais uma vez, o indesejável socialmente se alinha com aqueles que não pertencem à categoria de sujeito propriamente dito. Por isso, é expressivo compreender como os manicômios, historicamente, estiveram e estão repletos de internos que, por vezes, sequer receberam laudo psiquiátrico, como evidencia a obra de Arbex (2016) referente ao Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, no qual a taxa de internos sem laudo atingiu cerca de 70%. Compunham o corpo de internados pessoas lgbtqia+, alcoólatras, mulheres que passaram por situações de violência sexual, presos políticos e mesmo crianças. A instituição, exemplo clássico dos abusos e violências manicomial, resultou em cerca de 60 mil mortes, por diversos exercícios de violência e descaso (Aberx, 2016).

Atentar-se para qual é a população que ocupa os manicômios é importante, pois permite identificar justamente os não-sujeitos, “criados” por meio do processo de colonização e, nessa mesma esteira, relegados a locais à margem da sociedade, no âmbito geográfico, social e subjetivo. Ao dissertar sobre essa temática, David (2022) aponta como a figura do

“louco” pensada de forma destituída de cor, classe, gênero – e acrescentamos orientação sexual – invisibiliza mecanismos importantes de relações de poder que acabam por ditar quem deve ser internado ou não. Por isso é necessário incluir a perspectiva interseccional no campo da saúde mental e reconhecer os diversos aspectos que compõem o sujeito e seus atravessamentos com o mundo.

De acordo com Frayze-Pereira (1984), a loucura é uma questão relacional, necessariamente envolvendo comparação e não fechada em si mesma. É a partir da não correspondência ao ideal de normalidade que se define o anormal. Resgatar a memória da constituição do sujeito universal pautado em uma imagem branca, masculina, heteronormativa e dotada de posses, permite elucidar como a inserção nos manicômios, antes de um critério de saúde e cuidado, perpassa por uma lógica moral e de higienismo social, na qual os corpos aprisionados são ainda os mesmos não-sujeitos: pessoas em situação de vulnerabilidade, população não-branca, mulheres, lgbtqia+...

David (2022), como forma de combate ao racismo – produzido pela colonização – e à lógica manicomial, propõe a luta antimanicolonial, como ferramenta para identificar que a colonização e a lógica manicomial estão intrinsecamente relacionadas, se utilizando e perpetuando violências raciais, étnicas, de gênero. Em seu trabalho, o autor se debruça sobre a questão racial, marcador significativo e evidentemente presente ao se atentar para os corpos aprisionados em manicômios:

Essas relações manicoloniais são produtoras de lógicas de separação, exclusão e morte orientadas em pseudociências, na raça e na psicopatologização; assim foi proposto o darwinismo social, a eugenia, a política de branqueamento, as teorias médico-legais sobre hereditariedade, o proibicionismo e a criminalização das drogas, o encarceramento em massa, dentre outras. Sendo assim, notamos que em diferentes tempos históricos esses mecanismos sempre estão calcados na colonialidade manicomial do racismo. Essa relação histórica tem exigido da Reforma Psiquiátrica brasileira a radicalização das indissociáveis lutas antimanicomial e antirracista. (David, 2022, p. 18)

O autor se dispõe a questionar a perpetuação de tais mecanismos pensando, por exemplo, como têm se elaborado e exercido o cuidado para com pessoas negras no campo da saúde mental na saúde pública brasileira, destacando que o Estado não apenas determina quem deve viver ou morrer – em referência a bio e necropolíticas – mas também quem deve ter saúde mental e quem deve viver em sofrimento (David, 2022). E como já foi pontuado, é por meio da colonização que se construíram ideais de humanidade e, portanto, de qual sujeito é dotado de direitos, e quais sujeitos não o são.

Importante frisar, inclusive, que é ainda sob forte influência da colonização – ainda que posterior à promulgação da independência brasileira – que o Brasil inaugura efetivamente seu primeiro manicômio, durante o Segundo Reinado. Trata-se do Hospício Dom Pedro II, aberto em 1852, no Rio de Janeiro (Lima, 2010). Colocar em evidência a influência dos processos colonizadores na construção da concepção de loucura – e, portanto, nas intervenções desses casos – nos territórios colonizados, permite compreender como o aparato civilizatório também se utilizou e segue se utilizando desse mecanismo enquanto controle e aniquilação de corpos e expansão de uma norma específica.

Mais uma vez, se evidencia a similaridade do não-lugar vivido pelo louco e pelo colonizado, que não se constituem enquanto sujeito universal a princípio, existindo em uma dinâmica distinta do construto específico da racionalidade colonizadora. Sob essa perspectiva, Alves e Delmondez em diálogo com Spivak (2010), demonstram como os povos das sociedades colonizadas historicamente foram – e diante da colonialidade ainda hoje são – destituídos da possibilidade de narrativa e constituição de si, cerceados pelo saber e poder colonizadores, ditadores da história e da concepção de sujeitos.

Spivak critica veementemente esse ponto e tira daí a questão principal do ensaio: o subalterno não pode falar, e se falar não será ouvido, porque está fora do espaço da representação, sendo visto como um objeto. A partir do momento em que fala, deixa de ser subalterno (Spivak, 2010) (Alves; Delmondez, 2010, p. 651)

Por esse trecho, é possível destacar o não-lugar do colonizado, que Spivak identifica enquanto subalterno, sua impossibilidade de marcar o seu lugar e sua narrativa na história. Possibilidade que lhe foi impedida com o violento processo de colonização.

Em pensamento semelhante, Belloc (2021) cunha o conceito de “homem-sem-história” para abordar o processo de coisificação do sujeito, em exercício dentro do manicômio, no qual apropriam-se da vivência e subjetividade circunscrita ao indivíduo, limitado, então, a estigmas diagnósticos. A pessoa é destituída de sua subjetividade para se tornar um objeto restrito ao aparato biomédico, de modo que a sua existência é limitada à associação direta a elementos do saber biomédico, prontuários, sintomas e prognósticos. É a anulação do outro, sua vivência e seu saber, que o autor caracteriza enquanto homem-sem-história.

Ampliando a perspectiva, é possível pensar a colonização – e então, a expansão de uma compreensão e intervenção específica no campo da dita loucura – enquanto uma prática homogeneizante, que aniquila formas de ver e viver o mundo distintas da forma eurocêntrica, por meio do etnogenocídio; termo utilizado por Núñez Longuini (2022) para evidenciar como o processo de colonização violentou não somente no âmbito físico, mas aniquilou também expressões culturais e saberes ancestrais dos povos invadidos.

Esse princípio homogeneizante pode ser percebido no relato de Fanon e Azoulay (1954) ao descrever seus desafios na implementação de uma socioterapia no Hospital de Blida-Joinville, na Argélia. Objetivando alterar a violenta realidade manicomial, Fanon e sua equipe realizaram reuniões iniciais com os internos para definir medidas voltadas para a promoção e incentivo da socialização dentro do hospital: a produção de um jornal, festas periódicas, cinema, teatro, clube de música e coral. À época, o país era ainda uma colônia francesa, de modo que havia internos europeus e nativos no mesmo manicômio, divididos em distintos pavilhões.

Na experiência, os autores aplicaram as intervenções em dois pavilhões, um de mulheres europeias e o outro de homens mulçumanos. O

pavilhão feminino foi o primeiro e, enquanto as atividades se estabeleceram de modo extremamente profícuo ali, com intensa adesão das internas, obteve o resultado extremo oposto no pavilhão masculino. Os internos não demonstravam interesse pelas atividades propostas e em grande parte dos momentos demonstravam preferir deitar-se e descansar a participar (Fanon; Azoulay, 1954). Após resultados tão distintos, Fanon se propôs então, a compreender a realidade sociocultural própria do território colonizado e, portanto, a subjetividade de tais sujeitos; fatores antes duplamente suprimidos: pela colonização e posteriormente pelo manicômio.

Diante dessa investigação, descobriu que a “massa” antes percebida de modo homogêneo enquanto homens muçumanos, apresentava diferenças de classes, escolaridade e atividades laborais. Além de compreender significativas concepções culturais, tais como a socialização em uma sociedade patriarcal e hierárquica, com diferentes atividades laborais para homens e mulheres, nos quais – a depender da classe – os homens realizavam trabalhos de campo.

Ademais, descobriu também que nessa determinada cultura, não existia o hábito de cantar e tocar músicas em público, como forma de respeito, como também não praticavam o teatro aos moldes europeus, dando preferência a figura do contador de história que transitava entre cidades. Por meio dessa investigação cultural, Fanon pôde compreender a falta de adesão dos internos às atividades propostas, afinal, todas haviam sido pensadas e elaboradas por meio de um molde colonial. É somente após se propor a compreender a realidade, crenças, culturas e subjetividade dos internos nativos que foi possível se aproximar e elaborar atividades capazes de engajá-los, tais como a realização de festas tradicionais muçulmanas e reuniões periódicas com um contador de histórias (Fanon; Azoulay, 1954).

O movimento produzido por Fanon e sua equipe no Hospital de Blida-Joinville – apesar de não negar a instituição em si, como preconizava o italiano Franco Basaglia por exemplo, ao tentar reverter a dinâmica manicomial e ao se aproximar da realidade local, demonstrou pistas de possibilidades a se seguir no campo da saúde mental de forma decolonial.

Evocando Martin-Baró (1986), ao pensar uma psicologia da libertação na contramão do colonialismo na América Latina, é preciso se aproximar do povo, sem trazer respostas, teorias e concepções pré-definidas e importadas, mas sim, pensar, teorizar e agir com e a partir do povo.

Conclusões

Como exposto pelos teóricos anteriormente visitados, a colonização não é um projeto já plenamente findado, mas sim reatualizado por meio do colonialismo em novas formas de violência, dominação e subjugação. De modo que, ainda hoje, compreensões de subjetividade, normalidade e anormalidade se baseiam em construtos da modernidade europeia que, por sua vez, foi possibilitada a partir das invasões e genocídios exercidos durante a colonização.

O movimento da modernidade na Europa estabeleceu uma nova relação de dominação de corpos, construindo uma nova ordem disciplinar, na qual se expandem instituições totais como as escolas, fábricas e prisões, com o intuito de docilizar os corpos e torná-los úteis ao máximo para garantir a ordem no funcionamento social (Ferrari; Dinali, 2012). Assim, entende-se que o lugar de sujeito nessa nova composição social se atrela diretamente a noções de ordem (disciplina) e produtividade (utilidade). É o sujeito constantemente atravessado por forças sociais que o disciplinam a seguir determinado caminho evocado na ordem social.

Enquanto uma instituição total, o manicômio exerce a mesma função de dominação e docilização dos corpos considerados anormais e improdutivos. E apesar do avanço temporal, de mobilizações sociais e conquistas no campo da saúde mental, a lógica colonizadora, normativa e manicomial no campo da saúde mental permanece em voga no Brasil, retomando força nos governos recentes de Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2018-2022). Em um cenário de precarização e desmonte da saúde pública brasileira de modo geral, ambos os governos exerceram medidas retrógradas no campo da saúde mental, retomando a lógica da exclusão social, chegando a fortalecer e incentivar os próprios manicômios,

na contramão das conquistas legislativas do início dos anos dois mil e das disposições da Lei da Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/2001) (Cruz; Golçalves; Delgado, 2020).

Diante da construção histórica colonial, com a imposição violenta não apenas de práticas culturais, mas também de normatizações em concepções de normalidade e de sujeitos, torna-se evidente a permanência de concepções coloniais acerca da loucura ainda nos tempos contemporâneos, expressos em movimentos de higienismo e exclusão social, aos importados moldes manicomiais europeus. Portanto, é possível compreender que a concepção moderna e contemporânea acerca da loucura e suas intervenções possíveis atrelam-se diretamente com o processo de colonização.

Nesse sentido, diante do exposto no presente texto, fica evidente que pensar uma perspectiva antimanicomial, de superação dos manicômios e sua lógica aniquiladora, precisa também perpassar por um processo de desconstrução do colonialismo moderno, que ainda sufoca compreensões e práticas culturalmente distintas, em nome de um único saber dito universal e correto. Espera-se que esse texto possa oferecer reflexões introdutórias e motivadoras acerca de uma nova construção decolonial e, mais uma vez evocando Baró, também libertadora no campo da saúde mental.

Referências

ALVES, C.; DELMONDES, P. Contribuições do pensamento decolonial à psicologia política. **Rev. psicol. polít.** [S. l.], v. 15, n. 34, p. 647-661, set.-dez., 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2015000300012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2023.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 17 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2016.

BASAGLIA, F. A maioria desviante. 1971. *In.*: AMARANTE, P. (org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BECKER, H. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

BELLOCCO, M. **Homem-sem-história**: a narrativa como criação de cidadania. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

BERMÚDEZ, L. **El giro decolonial en la psicología. Hacia la construcción de una psicología decolonial** (Tese de Doutorado). Instituto de Psicología, Universidad Del Valle Santiago de Cali, Santiago de Cali., 2011

CRUZ, N.; GONÇALVES, R.; DELGADO, P. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 3, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

DAVID, E. **Saúde mental e racismo**: saberes e saber-fazer desnordeado na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicomial. 2022. 209 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.

FANON, F. **Peles negras, máscaras brancas**. São Paulo: UBU, 2020.

FANON, F.; AZOULAY, J. A socioterapia numa ala de homens mulçumanos: dificuldades metodológicas. 1954. *In.*: KHALFA, J.; YOUNG, R. (org.). **Alienação e liberdade**. 2. ed. São Paulo: UBU, 2021. p. 171-194.

FERRARRI, A.; DINALI, W. Herança moderna disciplinar e controle dos corpos: quando a escola se parece com uma. **Educação em Revista**, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 393-422, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-46982012000200018>.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 11. ed. São Paulo: Perspectiva, 2017.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

HEGEL, G. W. F. **Lecciones de filosofia de la historia universal**, Madrid: Alianza, 1980.

LIMA, A. Os movimentos progressivos-regressivos da reforma psiquiátrica antimanicomial no brasil: uma análise da saúde mental na perspectiva da psicologia social crítica. **Salud & Sociedad**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 165-177, dez. 2010. Universidad Catolica del Norte - Chile. <http://dx.doi.org/10.22199/s07187475.2010.0003.00002>

MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. In.: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSGOUEL, R. (org.). **El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007.

MARTÍN-BARÓ, I. Hacia una psicología de la liberación [Toward a psychology of liberation]. **Boletín de Psicología**, (El Salvador), v. 5, n. 22, p. 219-231, 1986.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Revista do ppgav/eba/ufjf** [S. l.], n. 32, p. 123-151, 2016. Disponível em:
<https://revistas.ufjf.br/index.php/ae/article/view/8993/7169>. Acesso em: 23 mai 2023.

NUÑES LONGUINI, G. **Nhande ayvu é da cor da terra**: perspectivas indígenas guarani sobre etnogenocídio, raça, etnia e branquitude. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas.) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2022.

ROSE, N. Psicologia como uma ciência social. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 155-164, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822008000200002>.

SILVEIRA, F.; SIMANKE, R. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Fractal**: Revista de Psicologia, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 23-42, abr. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1984-02922009000100003>.

WALSH, C. Interculturalidad colonialidad y educación. **Revista Educación y Pedagogía**, [S. l.], v. 19, n. 48, p. 25–35, 2009. Disponível em:
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyep/article/view/6652>. Acesso em 23 maio 2023.

ZAFFARONI, E. G. El derecho latinoamericano en la fase superior del colonialismo, de Eugenio Raúl Zaffaroni. **Revista Latino-Americana de Criminologia**, [S. l.], v. 2, n. 01, p. 276–281, 2022. Disponível em:
<https://periodicos.unb.br/index.php/relac/article/view/44778>.

Da raiz à radicalidade da Reforma Psiquiátrica: racismo, manicômios e guerra às drogas

Tadeu de Paula Souza

Introdução

Entre a proibição do tráfico negreiro, em 1830 e a abolição da escravidão, em 1888 uma nova instituição surge no Brasil: o primeiro manicômio que data de 1852. Esses eventos demarcam a passagem do Brasil Colônia para o Brasil República, uma passagem lenta e gradual, que em torno do curto período do Império, possibilitou que uma nova racionalidade de governo garantisse a manutenção de um estado de controle dos corpos indesejáveis, de maioria negra alforriada que viria a formar a emergente classe trabalhadora urbana, os indigentes, desempregados e marginalizados. Esse período é marcado também pela primeira lei que criminaliza algum tipo de substância psicoativa: a lei que criminaliza a maconha, conhecida como pito de pango pelo modo como os negros pitavam num cachimbo feito de barro.

A construção de uma política de criminalização das drogas se inicia nesse processo, na passagem de uma racionalidade escravagista para uma racionalidade liberal de governo. Com o fim do regime escravagista eram necessários novos dispositivos de governo, uma modalidade de governo em que o direito à liberdade não interferisse nos padrões de desigualdade social, concentração de riqueza e exploração. Governar uma população, doravante livre, majoritariamente pobre e negra, exigia novos mecanismos.

Entretanto, será numa segunda modulação do capital, na passagem do liberalismo para o neoliberalismo, um século depois da abolição, que a criminalização das drogas ganha contornos de uma necropolítica. Em outro episódio de abertura lenta e gradual, do regime ditatorial para o re-

gime democrático. De todo modo, queremos evidenciar, como essas modulações do capital preservam uma racionalidade colonial como eixo estruturante que vai dos manicômios à criminalização das drogas, bem como a potência da luta antirracista para a saúde mental.

Racismo, manicômios e crises governamentais

Antevendo a inevitável abolição, as oligarquias se antecipam e consolidam uma nova moldura institucional, que envolvia a remodelação dos dispositivos de governo, um novo arcabouço jurídico e um novo regime de saber-poder. A passagem da lógica colonial para a lógica liberal é efeito de uma crise governamental que se instaura tanto por pressões internas dos movimentos abolicionistas e das inúmeras revoltas que foram desgastando o sistema vigente, quanto por pressões externa de um capitalismo em expansão de mercado de trabalho e consumidor (Santos, 2022).

Se a lei de 1830 que proibia o tráfico de escravizados foi batizada de “para inglês ver” a criação do manicômio em 1852 poderia ser batizada de “para o negro ser visto”. Ser visto como uma nova realidade, um dispositivo que produz uma nova visibilidade e, portanto, uma nova verdade sobre o corpo negro: não mais a verdade religiosa do animal desalmado, mas a verdade científica de anormal.

Lilian Schwarcz (1993) traz uma importante contribuição sobre a força que as teorias eugênicas tiveram nas escolas de direito e medicina no Brasil na passagem do século XIX para o século XX. Enquanto na Europa a vinculação entre loucura e racismo teve um alcance relativo, no Brasil foi alicerce das faculdades de direito e medicina que disputavam espaços de poder sobre os desígnios da nação e do povo. Isso permitiu que o objeto científico e de intervenção do saber-poder psiquiátrico fosse mais difuso e abrangente do que especificamente o dito louco. Louco é, no limite, todo e qualquer corpo inadequado ao projeto de progresso. O corpo negro constituiu um regime de visibilidade sobre as periculosidades atribuídas ao dito louco, do mesmo modo que o corpo do louco constituiu um regime de visibilidade sobre as periculosidades atribuídas ao negro. O

corpo negro, historicamente racializado e o corpo do louco, historicamente patologizado, não tem as mesmas genealogias, mas no contexto brasileiro se interpenetram de modo estratégico. Essa intersecção, entre o louco e o negro, é densificada pelas teorias eugênicas no Brasil, ampliando uma intersecção entre loucura e racismo. É obvio que nem todo louco é negro e quem nem todo negro é louco, mas a função dessa interpenetração é justamente criar uma zona difusa, que abrangesse um campo relativamente amplo de condutas, em que a zona de intercessão entre esses dois conjuntos fosse amplificada.

Logo, no Brasil, o racismo encontra-se na raiz do surgimento dos manicômios. A operação entre desumanização, manicomialização e racismo será orquestrada, fundamentalmente pelo saber-poder psiquiátrico, que irá ganhar ampla influência a partir das teses eugênicas de degenerescência, na passagem do século XIX para o século XX. A possibilidade de cientificação do racismo lança a psiquiatria como força biopolítica e neopolítica na passagem do Brasil colônia para o Brasil República, de tal modo, que a alforria lenta e gradual, permitiu adentrarmos na lógica liberal preservando um diagrama colonial escravocrata.

O período que corresponde à primeira metade do século XX é estratégico para que a lógica manicomial ganhasse uma sofisticação e se tornasse um vetor não somente de repressão, mas sobretudo produtor de subjetividade. Trata-se de um processo lento de inoculação de uma alma branca, inoculação de condutas e hábitos europeus. Entretanto, o massivo processo de mestiçagem que ocorreu no período colonial, criou um grande desafio para essa nova ordem social (Munanga, 2019; Schwarcz, 1993).

A tese principal do início do século XX era a de que o mestiço simbolizava o que de pior havia para o projeto de progresso e desenvolvimento. A vinda de d. Pedro para o Brasil impulsionou a criação de um corpo científico, que se inicia com os museus naturais e posteriormente com as faculdades de medicina e direito (Schwarcz, 1993). O darwinismo social que acopla as com teorias higienistas (gestão dos meios) e eugênicas (gestão dos genes) se tornaram a principal corrente de pensamento que

essas faculdades adotam para analisar o povo brasileiro. A maioria mestiça da população brasileira criava um impasse para os anseios de progresso, pois o mestiço era uma espécie de figura monstruosa, geneticamente degenerada, o mestiço era a razão de todas as mazelas. O projeto político que nasce dessa perspectiva teórica, era a de que a única possibilidade de progresso era embranquecendo o povo brasileiro.

O branqueamento fenotípico se torna política de Estado, através da importação de mão de obra europeia, criação de diversos modos de incentivos como acesso à terra, financiamentos públicos e acesso à educação para as comunidades de colonos. Ao mesmo tempo em que se proibia os mesmos acessos aos negros que durante décadas foram impedidos de entrar escolas e ter direito a terra, bem como qualquer espécie de subsídio que estimulasse a subsistência. Projetava-se que até os anos 2000 o Brasil seria uma nação branca. A política de branqueamento da nação era uma estratégia de desmetiçagem, forma de diluir e apagar a presença genética e cultural africana e ameríndia (Munanga, 2019).

A patologização do negro ocorre de modo articulado a expansão dos manicômios. Mas o manicômio atinge não somente os corpos que estão do muro para dentro, como também quem está do muro pra fora. No Brasil, os manicômios se tornam uma peça na engrenagem do branqueamento da nação, pois opera verdadeiras conversões nas almas, pois desumanizam à medida que expropriam qualquer possibilidade de manutenção pública de uma linguagem, de uma memória, de hábitos africanos e nesse corpo esvaziado se inocula gradativamente o desejo de embranquecer, ou seja, adotar condutas ditas normais. Por normais, entende-se uma disciplinarização eurocêntrica dos corpos e das condutas.

O processo de patologização e criminalização dos negros, operado pelos recém-criados manicômios e presídios, faziam parte desse amplo processo de apagamento, uma lógica manicolonial (David, 2023) A constituição de 1890 foi muito eficaz em criminalizar hábitos e condutas de matriz africana como o uso do pito de pango (maconha), a capoeiragem, rituais espíritas e de curandeira (Santos, 2022). A teoria eugênica ofertava um regime de verdade que associava raça negra à preguiça, vadiagem, ao

crime, à loucura, a outras doenças como sífilis e tuberculose. É num contexto de criminalização da cultura, das condutas e das condições sociais do negro, que temos o início do que viria a ser uma política de criminalização das drogas. Nota-se que nesse momento inaugural, final do século XIX, não existe uma política constituída em torno de um suposto objeto “drogas”. Não é correto afirmar que se tem início com a criminalização da maconha, o início da política de guerra às drogas. Embora seja possível identificar uma relação entre o histórico processo de criminalização do negro no Brasil com o histórico processo de criminalização das drogas, não seria correto, a partir disso, afirmar que o Brasil é pioneiro na política de guerra às drogas. A criminalização das drogas se consolidou, ao longo do século XX, enquanto projeto de disputa geopolítica que convergia interesse de segurança interna com interesse global. Entretanto, a criminalização da maconha no Brasil é um capítulo na construção de uma política de segurança interna, voltada especialmente para o controle dos negros num regime liberal. Não se observa, no Brasil da República Velha, um amplo processo de criminalização de diferentes substâncias psicoativas numa estratégia de disputa que o lançaria como potência bélica, como viria acontecer com a política de tolerância zero de Nixon e Reagan nos anos de 1970 e 1980. O que se tem no Brasil no final do século XIX é a criminalização de diferentes hábitos da cultura negra, dentre eles, o uso da maconha. O objetivo dessa demarcação é explicitar que a política de guerra às drogas é efeito de outra modulação do capital, que demarca a passagem do liberalismo para o neoliberalismo, onde as estratégias de controle se modificam, onde a centralidade do modelo manicomial é substituída pela modalidade bélica de controle, com protagonismo estadunidense (Souza, 2023).

A proibição da maconha no Brasil, está associado ao processo de urbanização que cria os territórios negros e periféricos, enquanto a guerra às drogas surge para fazer a gestão intensiva desses territórios, que se ampliam de modo descontrolado, em função do agravamento das políticas neoliberais que agudizam ainda mais as desigualdades sociais (Souza, 2022).

A criminalização do pito do pango, bem como da capoeira e das religiões de matriz africana acontecem junto aos processos de remoção das populações pobres e negras dos centros urbanos e comerciais na virada do século XIX para o XX (Santos, 2022). É sobre essa ótica que os mecanismos manicomiais devem ser analisados, de um acoplamento com um novo projeto de cidade, um processo de urbanização higienista, definição de uma identidade nacional que gradativamente vai consolidando um sentido de povo brasileiro, a adesão a moral cristã de uma família nuclear, a estética do trabalhador disciplinado como modo de inserção social. Os manicômios, bem como os presídios, foram a condição de uma sociedade dita livre composta majoritariamente de negros alforriados.

O manicômio é um dispositivo fundamental dentro dessa nova moldura social e subjetiva de modernização e branqueamento do Brasil, pois poetas, sambistas, desempregados e corpos indisciplinados diante da nova ordem eram submetidos ao sequestro do Estado sob o aval dos alienistas, enquanto o motor na modernidade criava as primeiras favelas e conjuntos habitacionais, que se espalhavam e cresciam gradativamente.

Na primeira metade do século XX, a criminalização do negro está atrelada a uma lógica manicomial, em que o racismo, antes de ser uma estrutura ou uma ideologia, é uma razão de governo, uma estratégia governamental, que regula os territórios e as condutas, produz saberes e tecnologias de poder, em suma, o racismo é um grande eixo organizador da sociedade moderna brasileira. O manicômio é peça fundamental para o modelo de urbanização em construção. A teoria eugênica servia de argumento para a manicomialização em massa de negros, acompanhada das teorias higienistas que serviam de argumento para expulsar dos centros urbanos, os negros que não eram internados. Longe da visibilidade dos centros urbanos, a política voltada para os bairros urbanos periféricos recém-criados enfatizava o “deixar morrer”. Sem saneamento básico, sem direito a terra, ou seja, sem qualquer infraestrutura, as pessoas negras são entregues à própria sorte para garantir suas próprias sobrevivências. Vacinados porque eram entendidos como vetores de propagação mais do que sujeitos

de direitos. Uma vez imunizados, poderiam ser despejados para qualquer canto longínquo distante dos olhos das elites.

Precisaria que as periferias se tornassem território de interesse político e econômico para que a política de “deixar morrer” se tornasse em política de “fazer morrer”; o que viria a acontecer nas últimas décadas do século XX. Momento em que o tráfico de drogas se intensifica e transforma as favelas e periferias, em ponto estratégico de um dos mais poderosos mercados do mundo: o mercado de drogas. Coincidentemente, momento em que o mundo passava de modo definitivo para uma racionalidade neoliberal.

Democracia racial e subjetivação do manicômio: o negro como face negada do louco

A articulação entre raça, pobreza e anomalia cria um diagrama de poder que combina colonialidade e modernidade. O ódio ao pobre não seria tão eficiente se este não fosse imageticamente o negro, assim como a degradação do negro não seria tão eficiente se não fosse imageticamente o anormal. O manicômio possibilita a integração entre essas estratificações, o estrato biológico da raça, o estrato econômico da pobreza e o estrato subjetivo da loucura.

Entretanto, tornou-se necessário sofisticar a política racista de destituição operada pela via do branqueamento. O projeto de modernidade eugenista sofreria dois grandes abalos. Internamente o samba se torna uma força cultural e social que cumpre a função política de criar uma identidade nacional (Sodré, 1998; Werneck, 2021). O samba no Rio, bem como o modernismo em São Paulo trazem um novo sentido de nacionalidade que ganham penetração social. No caso do samba uma penetração de massa e popular e no caso do modernismo uma penetração numa elite formadora de opinião. Não queremos aqui aprofundar as diferenças gritantes entre o samba e o movimento modernista, mas destacar que ambos formaram um movimento contracultural perante o domínio de uma estética e uma ética eurocêntrica e eugênica que importava um padrão que

negava e excluía as influências africanas e ameríndias. Ambos os movimentos trazem à cena, aqueles, ditos degenerados, os mestiços. A exaltação às misturas, aos híbridos culturais e às mestiçagens feita na década de 1920 era uma reação à hegemonia da estética e da política que condenava o Brasil, justamente por ser mestiço. Destacamos a influência do samba por se tornar uma cultura de massa e movimento urbano. Como força cultural e social, o samba, agrega a relação entre os terreiros e a cidade, recria o sentido de *polis* de tal modo que qualquer projeto nacional precisa lidar politicamente com esse fenômeno (Sodré, 1988; 2019). Não era mais possível excluir a influência negra na constituição de uma sociabilidade brasileira pela sua posição estratégica que influenciou o processo de urbanização. Trata-se de um movimento de contra-conduta que não poderia ser controlado com a força. Seria necessário assimilá-lo.

Enquanto, nacionalmente, o samba se apresentava como movimento estético e articulador de um conjunto de elementos afro diaspóricos, integrando os terreiros às escolas de samba, e ambos à vida urbana, mundialmente, a derrota do nazismo significou uma perda gradual de força e legitimidade das teorias eugênicas, para que fossem adotadas como ciência oficial de Estado. O projeto de uma nação composta por um povo fenotipicamente branco perdeu força política para que sustentasse uma como razão governamental. Enquanto, nacionalmente, a penetração e sedução exercida pelo samba exige um modo de assimilá-lo, internacionalmente a queda das teorias eugenistas exigiam a criação de uma tese racial própria e mais adequada aos processos brasileiros. O racismo precisa ser remodelado pois a presença negra se torna incontornável. Será, portanto, num processo de apropriação dos valores estéticos mestiços, tanto do samba quanto do modernismo, que um novo projeto de nação se consolida. O mestiço, figura monstruosa da primeira metade do século XX, tornou-se um símbolo nacional a partir da segunda metade do mesmo século. O mestiço se torna a expressão simbólica do mito de origem do Estado brasileiro: o mito da democracia racial (Gonzales, 1984).

O Estado Novo será aquele que irá encontrar nas teorias nacionais tanto da sociologia, quanto na literatura, as condições de negar o racismo.

É como se um pacto nacional fosse selado pela era Vargas, em que o racismo pertencesse a um passado cruel, superado pela democracia racial. O mestiço se torna a prova viva de uma nação em que as diferenças raças convivem harmoniosamente, deixando para trás as dores do período escravagista. O modernismo oferta a estética mestiça e o samba oferta a materialidade das relações inter-raciais que se intensificam à medida em que o samba se tornou um território de encontros de diferentes classes, raças e gêneros. O fato de a elite branca consumir cada vez mais o samba e, torná-lo um produto do mercado fonográfico, serviu de materialidade para forjar uma identidade nacional racialmente democrática (Werneck, 2021). O mito fundador de um contrato social racista que se efetua na medida em que nega o próprio racismo.

O sujeito liberal, discursivamente desracializado e identificado ao trabalho, cria a condição para uma sofisticação da política de branqueamento. Não mais um branqueamento fenotípico, mas um branqueamento da alma. No novo projeto nacional surge a possibilidade de inserção social do negro. O trabalhador que se espera é um trabalhador disciplinado, adepto aos valores nacionais cristãos, de uma família nuclear e da propriedade privada.

Se na política eugênica o branqueamento era uma forma de eliminar o negro, no mito da democracia racial, o branqueamento é um modo de assimilação, social e subjetiva, pois o branqueamento deixa de visar especialmente o corpo para visar o desejo: produção de desejo de embranquecer. A brancura deixa de ser exclusivamente uma ameaça e se torna uma oportunidade, sendo, portanto, interiorizada no desejo. Adotar hábitos culturais brancos, se afastar dos costumes africanos, desejar um casamento com uma parceira ou um parceiro branco, se tornam fatores de proteção social e possibilidade de ascensão.

A questão que precisa ser equacionada nessa importante variação do racismo é: qual função social o manicômio passa a ocupar numa sociedade em que o racismo é denegado? Como bem diz Lélia Gonzales (1984) através do mito da democracia racial, o racismo se torna a neurose social brasileira. Uma vez denegado, a relação entre raça, anomalia e degeneração

passam a povoar fantasmas do inconsciente e o manicômio se torna um modo de subjetivação também inconsciente. O manicômio se torna um modo de resposta inconsciente aos afetos gerados pelo racismo: medo, atração, nojo, fascínio etc. O desejo de excluir, de corrigir os desvios, o desejo de eliminação do diferente passam a compor uma gramática recalcada, porém ativa, sempre como um retorno em atos de uma violência social dissimulada e ofuscada por um eufemismo hipócrita: cordial, moreno, mulata são acompanhados do tapinha nas costas, o riso cínico no canto da boca, a desconfiança que espreita e, no limite, assassina. Quando o racismo se torna a neurose brasileira, ou seja, quando a raça se inscreve na mediação entre o real e o imaginário frente ao que foi recalcado no desejo, o manicômio se corporifica como resposta automatizada.

O manicômio passa a ser um modo de fazer a relação entre recalque, que se encontra na esfera individual e repressão, que se encontra na esfera social. Não mais o estabelecimento manicomial, mas qualquer instituição vai garantir que o racismo seja operado por um tipo de resposta manicomial, pois, doravante, o racismo precisa ser mantido na negação. A negação do racismo produz um investimento cognitivo altamente detalhado, que persegue um conjunto de objetos parciais. O fetiche anda de mãos dadas à aversão, onde o erotismo ressalta os traços como: largura do nariz, espessura da boca, tamanho da bunda, variação da cor de pele, tipo de cabelo... O perigo da anormalidade encontra-se no detalhe dos traços fenotípicos negros, na sua ampla variedade e nas suas condutas: modo de andar, modo de falar, modo de se vestir... Uma sociedade neurótica que conjuga erotismo, racismo e aversão ao que está recalcado no desejo e reprimido no social.

Com o mito da democracia racial, inicia-se um modo de operar o racismo, em que o próprio racista precisa modular seu modo exercê-lo, um modo dissimulado, insidioso, de tal modo que o próprio sujeito racista possa ter subterfúgios para negar para si próprio seu racismo. Era necessário produzir uma grande operação social e subjetiva, de deslocamento do racismo para forças do inconsciente, onde o racismo precisaria seguir

operante, desde que negado. Isso faz com que o manicômio se institucionalize negando sua própria razão de ser, negando a sua função na gestão das raças e da pobreza. O manicômio, como resposta neurótica do racismo recalcado, opera sua função denegada, tanto nos estabelecimentos manicômiais, quanto pelas demais instituições: escola, família etc. Isso garante sua dupla função: exercer o racismo e negar o próprio racismo.

Se na primeira metade do século as teorias eugênicas criavam um campo difuso entre o louco e o negro, a partir da segunda metade, o negro se torna a ace negada do louco. A psiquiatria não se dedica a um objeto difuso, mas será a patologia do louco, sem qualquer relação com as questões raciais que se tornam objeto de saber da psiquiatria. Isso contribui de modo cabal para que o racismo se torne, ainda mais, a faceta negada do louco e assim o racismo desapareceu do debate, tanto da psiquiatria quanto de uma antipsiquiatria que viria a eclodir com o movimento da reforma psiquiátrica (Gouveia, 2018). Porém, mais do que isso, o negro como face negada do louco garantiu que o manicômio penetrasse as relações sociais para além dos muros dos manicômios.

Território pobres e negros: deixar e fazer morrer

Com a explosão demográfica das favelas e periferias ocorrida durante a ditadura militar, a intensificação da desigualdade social e da pobreza veio acompanhada do fortalecimento de um novo mercado mundial, o mercado de drogas. Os manicômios já não eram mais suficientes para garantir o governo da relação anomalia, racismo e pobreza. A imagem do vagabundo, malandro, puxador de maconha já não era suficiente para garantir uma gestão racista da pobreza. Usuário de drogas, traficante e perverso vão consolidar uma nova moldura, agora sim, ancorada numa geopolítica denominada de guerra às drogas.

A passagem dos anos de 1980 para 1990, frente ao fracasso do milagre econômico e entrada das políticas neoliberais, exigia que a política para as periferias não priorizasse uma estratégia do tipo “deixar morrer”. O aban-

dono histórico do Estado ao longo do século XX, que removeu a população negra dos centros urbanos, entregando-as à própria sorte nas periferias e favelas, agora precisava ser modificado. Era necessário garantir uma nova gestão estatal dos territórios, não mais o abandono, mas o estado de sítio, o terror de Estado, a chacina policial permanente, o controle total. A estrutura de criminalização das drogas, adotada no período da ditadura, para perseguir comunista, servirá de arcabouço para uma investida declaradamente bélica sobre os territórios pobres e negros.

A guerra às drogas, enquanto geopolítica, sustentada em bases não menos racistas, encontra um terreno fértil no cenário brasileiro de criminalização e patologização da pobreza e da população negra. Essa variante racista interconecta a geopolítica panamericana possibilitando que processos nacionais se acoplem aos processos continentais. A escravidão e o genocídio são estruturas coloniais que criam intercâmbios dinâmicos entre os países americanos. Entretanto, a guerra às drogas, se consolida enquanto geopolítica em torno da hegemonia estadunidense, não só no continente, mas global. Seria equivocado supor que a versão brasileira da guerra às drogas seja uma simples importação de um modelo americano, mas seria igualmente equivocado supor que a criminalização da maconha no final do século XIX seja um marco do início da política de guerra às drogas.

A guerra às drogas operou como um sistema de contrapeso à conquista dos direitos civis pelo movimento negro e sua guinada revolucionária, especialmente do partido dos Panteras Negras e do coletivo Combahee River (Haider, 2019; Paula, 2022; 2023). Na impossibilidade de exercício de um racismo declarado, como ocorria até então, pela segregação racial sustentada pelas leis de Jim Crow, o racismo foi remodelado. Esse processo, que se inicia com as grandes ondas de protestos contraculturais e luta pelos direitos civis dos anos de 1964, marca o apogeu da crise do modo de governar liberal, que foi substituído gradativamente pela racionalidade neoliberal de governo. É dentro desse contexto mais amplo que a guerra às drogas se situa.

Do mesmo modo que os manicômios surgem como modulação do racismo na virada do modelo escravocrata para o modelo liberal, a guerra às drogas surge como modulação do racismo na virada do modelo liberal para o modelo neoliberal. O racismo está, tão fundamentalmente na sustentação do capitalismo, que toda grande crise do capital implica numa crise do modo do racismo se exercer. Nesse sentido, que o racismo é, antes de tudo, uma racionalidade de governo dos Estados modernos capitalistas. Num primeiro momento na sua forma primária colonial de expropriação e acumulação de capital, num segundo momento na sua versão manicomial nas democracias liberais e por último, na sua versão bélica dos Estados de exceção neoliberais. A mesma corporação responsável pela perseguição e extermínio das principais lideranças negras foi, também, responsável pela consolidação da política de tolerância zero que adota uma estratégia de extermínio nas comunidades negras e pobres sobre o pretexto de combater o tráfico de drogas: o FBI, o braço armado que adota uma suposta inteligência em nome de uma brutalidade (Paula, 2022; 2023). A associação entre movimento negro e o inimigo comunista possibilitou que o macarthismo ganhasse uma nova versão consolidada em torno dessa nova figura de ameaça interna e externa: o traficante. Ao lado da figura do terrorista, o traficante será esse sujeito não-branco, negro, latino ou asiático que ameaça a ordem mundial e a ordem nacional.

A novidade da estratégia racista da guerra às drogas é que, apesar de ser uma política que se volta para as comunidades negras nos EUA, não se apoia num discurso declaradamente racista, dificultando que seja estabelecida uma relação imediata entre tal estratégia e racismo. Esse tipo de estratégia, de um racismo velado, encontra no Brasil um terreno ainda mais propício, pois ao contrário da história estadunidense, no Brasil ainda prevalecia o mito de que superamos o racismo. A lei antidrogas sustentada na ideologia anticomunista e perseguição de estudantes, intelectuais e artistas progressistas, adotada pela ditadura militar, serviu de porta de entrada para a estruturação de um estado policial que passará a atuar de modo incessante e brutal sobre os territórios pobres a partir dos anos de 1990.

Porém, se a guerra às drogas encontra um campo aberto pelo mito da democracia racial para exercer a faceta genocida do racismo, sem que isso pudesse ser localizado, é bem provável que os rastros de sangue negro deixado por essa política, tenha sido uma das principais razões para questionamento definitivo do mito da democracia racial. A evidência é tamanha, que a guerra às drogas escancarou. Não só o racismo do Estado brasileiro, como o seu modo de funcionar. Lideranças políticas “crias de favela” passaram a protagonizar, a partir da perspectiva de quem sofre diariamente com o extermínio do Estado, a crítica que associa guerra às drogas, racismo e a falácia do mito da democracia racial. A vida, a luta e a morte de Marielle Franco, são um marco central dessa mudança, tanto de uma nova perspectiva de luta, quanto da variação do poder de matar (Passeiros, 2018; 2023).

Tão recente é a popularização do debate de denúncia do mito da democracia racial quanto é a associação mais efetiva entre guerra às drogas e racismo. A novidade da última década consiste nessa virada, de que o racismo e suas principais formas de exercício, deixaram de ser exclusividade de intelectuais e pesquisadores negros como ocorrera nas décadas de 1970 e 1980. O efeito catastrófico de décadas de guerra às drogas se tornou um dos principais pontos de crítica da relação entre Estado e genocídio da população negra no Brasil. A possibilidade de nomear a guerra às drogas enquanto uma estratégia racista, possibilitou nomear de modo definitivo, que a democracia racial, era um mito da branquitude. O racismo como invariante da guerra às drogas nas Américas, possibilitou que as análises sobre a relação entre raça e drogas fossem articulando, no Brasil, numa nova narrativa antirracista.

A morte do mito da democracia racial vem acompanhado do desvelamento de sua principal estratégia de manutenção do genocídio da população negra e controle dos pobres: a famigerada política de guerras às drogas. Lutar pelo combate ao racismo, lá onde ele apresenta sua faceta mais brutal, na atuação do terror de Estado sobre comunidades pobres, torna-se indissociável da construção de uma alternativa que substitua uma política bélica: regulamentar uso e comercialização de todas as drogas é parte

fundamental do combate ao racismo. Dificilmente a mera regulamentação das drogas garante que o Estado não retome a velha política de deixar morrer e outras formas de domínio, não menos violentas, sejam impostas às vidas desses territórios. Sem um grande investimento público que garanta vida digna aos territórios pobres, com garantia de acesso a uma ampla rede de proteção social, a regulamentação das drogas será apenas o fim de um ciclo de morte para início de outro ciclo. É bem provável que já estejamos vivendo esse tipo de modulação na última década, em torno das disputas de território, especialmente através das milícias, em que o mercado de drogas se tornou uma dentre outras fontes de poder e exploração. De todo modo, observamos a remodelação do velho poder manicomial na institucionalização das Comunidades Terapêuticas com financiamento público com a remodelação das estratégias de morte.

A morte do mito da democracia racial é um movimento que desconstrói um dos pactos que garantiam uma racionalidade de governo no Brasil: o pacto da branquitude. Como garantir um governo das desigualdades sociais sem a estratégia de negação do racismo? Como produzir novos modos de assimilação do negro ao projeto do capital, não mais pela via da negação? Pela exaltação, seleção e celebração? Como garantir uma assimilação dos movimentos sociais para que a luta antirracista seja arrefecida? Como assimilar a pauta antiproibicionista, garantindo pequenas concessões de modo a soar como conquistas, aquilo que não passa de manipulação?

Enquanto os desejosos de recriar o controle racista em cenário de crise do mito da democracia racial se dedicam a responder essas questões, a tarefa que nos cabe é perguntar como retomar a radicalidade do movimento da reforma psiquiátrica. A luta antirracista como ponta de lança da articulação entre luta antimanicomial e luta antiproibicionista traz uma potência radical para a reforma psiquiátrica, pois é uma articulação que ataca as modulações centrais para o campo da saúde mental. A racismo como eixo de articulação estrutural que conecta a lógica manicomial ao controle brutal dos territórios pobres vem sendo operado por um novo ator social: o povo preto, “crias da favela”, que tem ganhado penetração e

articulação com movimentos sociais, partidos políticos, universidades, poder judiciário, legislativo e executivo alterando a narrativa e a percepção sobre os desafios contemporâneos. A luta antirracista tem possibilitado contra-atacar a estratégia brasileira do processo histórico de manicomialização social, uma vez que sua faceta negada (o racismo), passa a ser objeto de análise e crítica.

A partir da perspectiva antirracista, torna-se possível cartografar a extensividade de capilaridade da lógica manicomial como mediadora das relações sociais, subjetivas e institucionais. O desafio de desmanicomialização encontra-se diretamente atrelado à força exercida pelo racismo, que historicamente operam pela sua própria negação. O antirracismo é a ponta de lança da Reforma Psiquiátrica pois recoloca num novo patamar a interface entre agenda de modelo de atenção e a luta mais ampla de transformação social e disputa de projeto de sociedade.

Referências

DAVID, E. C. **Aquilombamento da Saúde Mental**. São Paulo: HUCITEC, 2023.

GONZALEZ, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Ciências Sociais Hoje**, São Paulo, v. 2, 1984, p. 223-244.

HAIDER, A. **Armadilhas da identidade**: raça e classe nos dias de hoje. São Paulo: Veneta, 2019.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

PASSOS, R. G. Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018.

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

PAULA, T. **Guerra às drogas e redução de danos**: nas encruzilhadas do SUS. São Paulo: HUCITEC, 2022.

PAULA, T. O controle do devir quilombista: guerra às drogas, fratura colonial e neoliberalismo. *In.*: SURJUS, L. T.; DIAS, M. K. (org).

Políticas e práticas de promoção da equidade: uso de drogas e enfrentamento das desigualdades. Curitiba: Editora CRV, 2023. p. 64-76.

SANTOS, Y. L. **Racismo Brasileiro**: uma história da formação do país. São Paulo: Todavia, 2022.

SODRÉ, M. **A verdade seduzida**: por um conceito de cultura no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

SODRÉ, M. **Samba**: o dono do corpo. Rio de Janeiro: Mauadi, 1998.

WERNECK, J. **O samba segundo as Ialodês**: mulheres negras e cultura midiática. São Paulo: HUCITEC, 2021.

Condições de saúde mental e violência física por parceiro íntimo em adultos no sul do Brasil

Sheila Rubia Lindner

Elza Berger Salema Coelho

Doroteia Aparecida Höfelmann

Introdução

A violência por parceiro íntimo (VPI) afeta centenas de milhares de pessoas todos os anos, e estima-se que a prevalência média de experiências durante a vida, relacionadas à violência física e (ou) sexual entre as mulheres varia de 24,6% a 36,6% entre as mulheres (WHO, 2013). Em estudo multicêntrico (Ludermir, *et al.*, 2008), observou que a VPI afeta negativamente a saúde mental das pessoas envolvidas nos conflitos com forte associação para transtornos mentais como depressão, ideias suicidas e transtorno mental comum (TMC), objetos de estudo deste artigo denominados como condições de saúde mental.

Sintomas depressivos foram 2,1 vezes maiores em mulheres vítimas de violência física quando comparadas com as não acometidas. Essa probabilidade para homens foi 1,9 vezes maior. Todas as formas de VPI foram significativamente associadas a sintomas depressivos em homens e mulheres (Coker, *et al.*, 2002).

A violência por parceiro íntimo também é considerada como um fator de risco para pensamentos e comportamentos suicidas. Devries *et al.* (2011), em pesquisa integrante do *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*, concluíram que sofrer violência por parceiro íntimo aumentou em 2,3 vezes a chance de tentativa de suicídio entre mulheres no Brasil, probabilidade inferior apenas àquela identificada no Peru (2,6) entre os nove países investigados. Para Fanslow *et al.* (2004), o risco de suicídio para mulheres que sofreram

violência física moderada e grave foi 3 e 8 vezes maior, respectivamente, quando comparadas àquelas que não haviam sofrido violência física.

Segundo Ishida *et al.* (2010), a violência psicológica por parceiro íntimo, esteve associada com maior risco de TMC, ao passo que a física foi associada com maior risco de ideação suicida.

Os estudos demonstram que a violência por parceiro íntimo se mostra significativamente associada com depressão, ideação suicida e transtorno mental comum, e que níveis mais elevados de gravidade, intensidade e duração da agressão implicam maior impacto sobre a saúde mental.

Diante da revisão realizada sobre VPI e condições de saúde mental no Brasil, encontramos apenas dois estudos - realizados em Recife e São Paulo, e tiveram como amostra somente mulheres. A relevância desse estudo justifica-se por investigar a associação entre as condições de saúde mental (depressão, ideação suicida e transtorno mental comum) e violência por parceiro íntimo e incluir homens na investigação da temática em pesquisas de base populacional.

Métodos

Desenho e população do estudo

Foi realizado estudo transversal na linha de base de uma coorte populacional do estudo EpiFloripa¹. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2009 e janeiro de 2010 no município de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. A população de referência constituiu-se em adultos de 20 a 59 anos de idade residentes na área urbana do município, correspondendo a 249.530 pessoas (61,1% do total da população (IBGE, 2009)).

¹ www.epifloripa.ufsc.br

Amostragem

Como múltiplos desfechos em saúde foram investigados, para o cálculo do tamanho da amostra utilizaram-se como parâmetros prevalência de 50%, nível de confiança de 95% e erro amostral previsto de 3,5 pontos percentuais. O valor obtido foi multiplicado por dois, considerando o efeito de delineamento por conglomerados. Além disso, acrescentaram-se 10% para perdas previstas e 15% para estudos de associação, resultando em 1.979 pessoas. Com o objetivo de ampliar o poder da amostra e considerando-se os diferentes cálculos realizados para todos os desfechos investigados, a amostra final foi de 2.016 pessoas. Após coleta dos dados observou-se que as prevalências de depressão, ideação suicida e transtorno mental comum foram 16,2%, 3,8% e 14,7%, respectivamente. Ao considerar as diferentes proporções de resposta para cada um dos desfechos - mantidos o nível de confiança e os percentuais acrescidos para perdas e recusas -, as margens de erro estimadas para cada desfecho foram: 2,81, 1,46 e 2,73 pontos percentuais, respectivamente. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa Epi Info, versão 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos).

O processo de seleção da amostra ocorreu por conglomerados em dois estágios. No primeiro, todos os 420 setores censitários urbanos da cidade foram dispostos em ordem crescente da renda média mensal do chefe da família e sortearam-se de maneira sistemática 60 setores (seis em cada decil de renda). As unidades de segundo estágio foram os domicílios. Uma etapa de atualização do número de domicílios em cada setor fez-se necessária uma vez que o censo mais recente, que provê a contagem de domicílios por setor, havia sido realizado no ano 2000. Para tanto, percorreu-se cada um dos setores censitários sorteados e realizou-se a contagem de todos os domicílios particulares ocupados. O número de domicílios nos setores variou de 71 a 810 (coeficiente de variação de 55%). Setores com menos de 150 domicílios foram agrupados, e acima de 500 divididos, respeitando-se o decil de renda e a proximidade geográfica, com a finalidade de diminuir o coeficiente de variação do número de domicílios por

setor. Assim, a amostra final contou com 63 setores e coeficiente de variação de 32%. O número médio de moradores por domicílio equivalia a 3,1, e o de adultos a 1,8. Foram sorteados sistematicamente 18 domicílios em cada uma dessas unidades geográficas (o equivalente a 32 adultos por setor).

Coleta de dados

Todos os moradores adultos dos domicílios selecionados eram elegíveis para a entrevista. Foram excluídos da pesquisa indivíduos institucionalizados, com impedimento físico e (ou) mental de responder ao questionário e os que se recusaram a participar.

A coleta dos dados foi realizada por 35 entrevistadoras do sexo feminino, com Ensino Médio completo e disponibilidade integral para execução do trabalho de campo. Utilizou-se dispositivo eletrônico móvel (*personal digital assistant* – PDA) para o registro e armazenamento dos dados. Considerou-se perda o morador adulto de domicílio sorteado que não foi encontrado após, no mínimo, quatro visitas, sendo uma obrigatoriamente no final de semana e outra no período noturno.

O controle de qualidade dos dados consistiu na aplicação, via contato telefônico, de uma versão reduzida do questionário, com dez questões. A análise de concordância identificou valores variando de 0,6 a 1,0.

Desfechos e variáveis exploratórias

No presente estudo os desfechos analisados foram depressão, ideação suicida e transtorno mental comum. A prevalência de depressão foi autorreferida a partir da seguinte pergunta: “*Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) senhor(a) tem depressão?*” A pergunta utilizada foi aplicada nos suplementos de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e 2008 (IBGE, 2009). O TMC foi rastreado por meio do instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), validado em português no Brasil (Mari, *et al.*, 1986). As respostas a cada pergunta

(do tipo sim/não) referiram-se ao período de 30 dias antes da realização da entrevista, e cada resposta afirmativa pontuou com valor um. O escore final foi obtido por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de TMC, variando de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte utilizado foi de oito ou mais respostas positivas para ambos os sexos e apresenta sensibilidade de 86,3% e especificidade de 89,3% (Gonçalves, *et al.*, 2008).

A prevalência de ideação suicida, extraída a partir do instrumento SRQ-20 é obtida com base na pergunta “O(A) senhor(a) tem tido ideias de acabar com a sua própria vida?”, com opções de resposta “não” e “sim”. Esse instrumento foi utilizado previamente para avaliar a associação entre violência por parceiro íntimo e ideação suicida, em estudo multicêntrico conduzido pela OMS em nove países, incluindo o Brasil (Devries *et al.*, 2011).

A variável exploratória de principal interesse, violência física por parceiro íntimo, foi aplicada por questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde na Pesquisa *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence* (WHO, 2005). Considerou-se parceiro íntimo todo companheiro ou ex-companheiro, independentemente da união formal, e namorado(a) atual, desde que mantendo relações sexuais. As perguntas relativas à violência física por parceiro íntimo abordavam: 1) se o parceiro já a havia dado um tapa ou jogado algo que poderia machucar; 2) se parceiro havia empurrado ou dado um tranco/chacoalhão; 3) se o parceiro machucou com um soco ou com algum objeto; 4) se deu algum chute, arrastou ou surrou o parceiro; 5) se o parceiro estrangulou ou queimou de propósito; 6) se havia ameaçado usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra o pesquisado.

Para identificar a ocorrência de qualquer violência física por parceiro íntimo era necessária resposta afirmativa a pelo menos uma das questões anteriores. Para ser considerada violência física moderada, o entrevistado precisava responder afirmativamente às questões 1 ou 2, e para classificar

violência física como grave era necessário responder “sim” a uma das questões de 3 a 6 (WHO, 2005).

A violência fez parte do último bloco de perguntas da entrevista para que se estabelecesse uma relação de confiança entre o entrevistador e entrevistado, garantindo-se a presença apenas desses e em local reservado do domicílio.

Por fim, foram investigadas variáveis demográficas e socioeconômicas, a saber: sexo, idade (coletada em anos completos e posteriormente categorizada em diferentes faixas etárias (20 a 29 - 30 a 39 - 40 a 49 - 50 a 59), estado civil (solteiro(a) – casado(a) ou com companheiro(a) – viúvo(a) ou divorciado(a)/separado(a), renda familiar *per capita* em reais (estratificada em tercís, tercil 1 = R\$ 0,0 – R\$ 566,9- tercil; 2 = R\$ 567,0 – R\$ 1.300,1; tercil 3 = R\$ 1.301,0 – R\$ 33.333,3) e escolaridade (≤ 4 ; 8 -5; 11-9; ≥ 12 anos de estudo).

Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva com valores médios e frequência relativa (%) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). Os desfechos foram investigados em relação à prevalência das variáveis de exposição: 1) não sofrer violência física; 2) sofrer violência física moderada; 3) sofrer violência física grave. A primeira etapa da análise consistiu nas estimativas brutas dos desfechos associados às variáveis de exposição. Em seguida, foram incorporadas ao modelo de análise as variáveis demográficas (sexo e idade) e, posteriormente as socioeconômicas (estado civil, renda e escolaridade). As razões de chance (RC) brutas e ajustadas, e respectivos IC_{95%}, foram obtidos por meio da regressão logística. Em todas as análises incorporaram-se nas estimativas o efeito do delineamento e o peso amostral. As análises foram realizadas no programa Stata 9.0.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (protocolo nº 351/2008). Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e

esclarecido. Foi garantido o sigilo em todas as etapas da coleta e análise dos dados.

Resultados

Foram entrevistadas 1.720 pessoas, correspondendo a uma proporção de resposta de 85,3%. Pouco mais da metade dos entrevistados (55,8%) eram mulheres, 60,6% estavam casados ou vivendo com companheiro, 42,9% afirmaram ter 12 anos ou mais de estudo e a média de idade era 38,1 anos (desvio padrão = 1,12 ano).

Entre os entrevistados, 16,9% (IC_{95%} 15,0-18,8) referenciaram violência física por parceiro íntimo, 16,2% (IC_{95%} 14,3-18,2) depressão, 14,7% (IC_{95%} 12,2-17,1) TMC e 3,8% (IC_{95%} 2,5-5,0) ideação suicida. Outras características da amostra estão descritas na Tabela 1.

Na Tabela 2 são apresentadas as prevalências dos desfechos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de exposição. Depressão, ideação suicida e TMC foram maiores para as mulheres, pessoas com idade ≥ 40 anos, para os viúvos ou divorciados/separados, de menor renda, com baixa escolaridade e os que sofreram violência física por parceiro íntimo.

A Tabela 3 apresenta as RC brutas e ajustadas entre os desfechos e a violência física por parceiro íntimo. Observou-se que, tanto na análise bruta quanto na análise ajustada, depressão, ideação suicida e transtorno mental comum estiveram significativamente associados com sofrer violência física moderada e grave. Houve redução na magnitude, porém no modelo final todas as associações continuaram expressivas e significativas. Pessoas que sofreram violência física moderada apresentaram duas vezes mais chance de referir depressão quando comparadas às que não sofreram (IC_{95%} 1,40 – 2,86). Para violência física grave a chance de depressão apresentou-se quase três vezes superior (IC_{95%} 1,86 – 4,65). A ideação suicida foi o desfecho mais fortemente associado com sofrer violência física grave (RC 5,01 IC_{95%} 2,55 – 9,85). Quanto ao TMC, pessoas que sofreram violência física moderada ou grave apresentaram chance 2,54 (IC_{95%} 1,78-

3,63) e 3,76 (IC_{95%} 2,38-5,94) vezes maiores, respectivamente, para a ocorrência desse transtorno em comparação com aquelas que não sofreram violência física por parceiro íntimo.

Discussão

O presente estudo mostrou a associação entre depressão, ideação suicida e (ou) transtorno mental comum com sofrer violência física por parceiro íntimo. Destaca-se que uma em cada quatro pessoas referiu depressão ou TMC e aproximadamente 4% tiveram a intenção de acabar com a própria vida – ideação suicida. A prevalência de depressão apresentou-se quase quatro vezes maior (16,2% *vs* 4,1%) em comparação com o encontrado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008 (De Azevedo Barros, *et al.*, 2006). Para o TMC a prevalência (14,7%) mostrou-se inferior à encontrada em estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), com dados referentes a São Paulo (27,4%) e à Zona da Mata de Pernambuco (36,6%) (Ludermir, *et al.*, 2008). Por sua vez, a ideação suicida (3,8%) nesse estudo apresentou prevalências próximas à identificada na região urbana de São Paulo (4,3%) (Devries *et al.*, 2011).

De acordo com estudo divulgado pela OMS (Bromet, *et al.*, 2011), estima-se que a depressão afeta 121 milhões de pessoas no mundo, sendo o Brasil o país que apresentou a maior prevalência para o fenômeno no ano de 2010 (10,8% da população). As mulheres são as que mais sofrem com o mal, pois têm duas vezes mais chances de desenvolver a doença do que os homens, e quando sofrem violência física por parceiro íntimo elas têm o dobro de probabilidade de serem acometidas por depressão (WHO, 2005).

Achados semelhantes foram encontrados no presente estudo, em que pessoas que sofreram violência física moderada ou grave apresentaram chances duas e quase três vezes maiores, respectivamente, para depressão em comparação com os que não sofreram. No entanto, essa prevalência atingiu valores maiores (RC 2,00 e 2,94) para pessoas que sofreram vio-

lência física moderada ou grave respectivamente, na comparação com dados de pesquisa conduzida por Bonomi, *et al.*, 2007 nos Estados Unidos (RC 1,64 e 1,90).

Para Houry *et al.* (2006) ser vítima de violência emocional por parceiro íntimo aumenta o risco de sintomas depressivos, ao passo que ser vítima de violência física por parceiro íntimo aumenta o risco de ideação suicida. E sofrer ao mesmo tempo mais de um tipo de violência foi significativamente correlacionado com o risco aumentado de sintomas depressivos (RR 5,9) e ideação suicida (RR 17,5).

A ideação suicida é caracterizada por perda da vontade de viver, desejo de estar morto ou acabar com a própria vida e autodestruição. Essas ideias (ideação suicida) apresentarão risco de suicídio variável, indo de baixo a alto risco, que é determinado pelo número e pela intensidade desses fatores (Viana, *et al.*, 2008). De acordo com Botega, *et al.* (2005) estima-se que o número de suicídios, bem como os comportamentos suicidas e o seu impacto na sociedade vem aumentando ao longo do tempo. Entre os estados brasileiros com maiores taxas de suicídio, Santa Catarina está em segundo lugar nas estatísticas, com uma média de 7 e 8,5/100.000 habitantes (Toledo, 1999).

Com exceção da China, onde as mulheres estão acima dos homens nas estatísticas de suicídio, nos demais países do mundo o predomínio se dá entre os homens em todas as faixas etárias (Botega *et al.*, 2005; Marín-León, 2003). Observando-se uma relação de homem/mulher, a média é de 3:1 até 4:1, dependendo do país estudado (Marín-León, 2003).

Em nosso estudo a ideação suicida, após ajuste para variáveis demográficas e socioeconômicas, apresentou magnitude significativamente maior (RC 5,01) para os que sofreram violência física grave por parceiro íntimo quando comparados aos que não sofreram. Essas associações mostraram-se mais fortes inclusive quando comparadas com estudo multicêntrico que incluiu o Brasil, Devries *et al.* (2011) concluíram que sofrer violência por parceiro íntimo aumentou a chance de ideação suicida em 2,3 vezes.

Outra condição de saúde mental associada à violência por parceiro íntimo é o transtorno mental comum, para Goldberg & Huxley (1992), caracterizando-se por sintomas não psicóticos como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Os TMC são aqueles em que o indivíduo não se encaixa em diagnósticos formais de depressão e (ou) ansiedade pelos critérios da classificação DSM-IV e CID-10, mas que trazem uma incapacidade funcional bastante relevante.

No Brasil, Araújo *et al.* (2006) identificaram que 69,2% das mulheres expostas a esse tipo de violência apresentaram TMC, ao passo que para Ludermir *et al.* (2008) essa prevalência foi de 49%. Esses dados se diferenciam dos encontrados neste estudo, uma vez que apresentaram magnitudes maiores em relação à prevalência de TMC para as vítimas de violência física por parceiro íntimo. No presente estudo a prevalência de TMC para essa população foi de 27,7% para expostos à violência física moderada e de 40,4% para expostos à grave.

Essas diferenças podem ser explicadas partindo do pressuposto de que a população aqui investigada foi formada tanto por mulheres quanto por homens, e conforme Maragno *et al.* (2006), os homens tendem a apresentar prevalência menor para o TMC em comparação com as mulheres, o que pode ter levado à diminuição da magnitude neste estudo.

É importante ressaltar que o estudo obteve alta proporção de resposta (85,3%) e distribuição similar entre os decis de renda das unidades primárias de amostragem. A composição etária e por sexo observada na amostra foi semelhante à projetada pelo IBGE para o município em 2009. Realizou-se ainda controle de qualidade dos dados, e os entrevistadores desconheciam o objetivo da pesquisa, reduzindo a chance de vieses. Quanto à reduzida prevalência de ideação suicida (3,8%) está poderia causar dificuldades para testar associações com as variáveis de exposição. Contudo, o tamanho da amostra foi suficiente para investigar associação entre o desfecho e sofrer violência física, violência física moderada e grave por parceiro íntimo (poder = 99,4%, 99,4% e 99,9% respectivamente).

Quanto às limitações do estudo, é necessário destacar que: o corte transversal impossibilita o estabelecimento das relações causais, uma vez que exposição e desfecho são investigados num mesmo momento, assim a possibilidade de viés da causalidade reversa não pode ser eliminada em algumas associações testadas (Rothman *et al.* 2008); o autorrelato de diagnóstico prévio das condições de saúde mental analisadas pode subestimar as prevalências em função de ausência de sintomatologia recente, ou a presença de sintomas num período próximo ao da entrevista pode levar a pessoa a referir-se à doença mesmo sem o diagnóstico profissional; pode haver subestimação da prevalência da variável de exposição sofrer violência física por parceiro íntimo, assim se buscou minimizar ao máximo essa condição, seguindo-se recomendações da literatura (Ellsberg, 2001), por meio das questões de treinamento, de ética da pesquisa, de cuidados no local da entrevista e no questionário.

Diante do quadro epidemiológico constatado – de forte associação entre as condições de saúde mental (depressão, ideação suicida e transtorno mental comum) e sofrer violência física por parceiro íntimo, evidenciamos que pessoas que sofreram violência física por parceiro íntimo apresentam maiores chances para os desfechos. É essencial que profissionais e serviços de saúde estejam sensíveis a essa situação, uma vez que a violência por parceiro íntimo ainda é invisível em seu cotidiano.

Referências

ARAÚJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G.; SANTANA, C. C.; ARAÚJO, E. M.; PINHO P. S. Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 260-269, 2006.

BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; TORRES, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 911-926, dez.

2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000400014>.

BONOMI, A. E.; ANDERSON, M. L.; RIVARA, F. P.; THOMPSON, R. S. Health Outcomes in Women with Physical and Sexual Intimate Partner Violence Exposure. **Journal Of Women'S Health**, [S. l.], v. 16, n. 7, p. 987-997, set. 2007. Mary Ann Liebert Inc. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2006.0239>.

BOTEGA, N. J.; BARROS, M. B. A.; OLIVEIRA, H. B.; DALGALARRONDO, P.; MARÍN-LEON, L. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 45-53, mar. 2005. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462005000100011>.

BROMED, E.; ANDRADE, L. H.; HWANG, I.; SAMPSON, N. A.; ALONSO J.; GIROLAMO G. *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **Bmc Medicine**, [S. l.], v. 9, n. 1, jul. 2011. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>.

COKER, A. L.; DAVIS, K. E.; ARIAS, I.; DESAI, S.; SANDERSON, M.; BRANDT H. M. *et al.* Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. **American Journal Of Preventive Medicine**, [S. l.], v. 23, n. 4, p. 260-268, nov. 2002. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00514-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00514-7).

DEVRIES, K.; WATTS, C.; YOSHIHAMA, M.; KISS, L.; SCHRAIBER, L. B.; DEYESSA N. *et al.* Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the who multi-country study on womens health and domestic violence against women. **Social Science &**

Medicine, [S. l.], v. 73, n. 1, p. 79-86, jul. 2011. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>.

ELLSBERG, M.; HEISE, L.; PENA, R.; AGURTO, S.; WINKVIST, A. Researching Domestic Violence Against Women: methodological and ethical considerations. **Studies In Family Planning**, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 1-16, mar. 2001. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2001.00001.x>.

FANSLOW, J.; ROBINSON, E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. **N Z Med J.**, [S. l.], v. 117, n. 1206, 2004.

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common mental disorders**: a bio-social model. [S. l.]: Tavistock/Routledge, 1992.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o structured clinical interview for dsm-iv-tr. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 380-390, fev. 2008. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008000200017>.

HOURY, D.; KEMBALL, R.; RHODES, K. V.; KASLOW, N. J. Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. **The American Journal Of Emergency Medicine**, [S. l.], v. 24, n. 4, p. 444-450, jul. 2006. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2005.12.026>.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD**. Brasília: IBGE, 2008.

IBGE. **População brasileira** [citado 2009 fev 10]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br>.

ISHIDA, K.; STUPP, P.; MELIAN, M.; SERBANESCU, F.; GOODWIN, M. Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: evidence from a population-based study in paraguay. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 71, n. 9, p. 1653-1661, nov. 2010. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.007>.

LUDERMIR, A. B.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F.; FRANCA-JUNIOR, I.; JANSEN, H. A. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. **Social Science & Medicine**, [S. l.], v. 66, n. 4, p. 1008-1018, fev. 2008. Elsevier BV.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.021>.

MARAGNO, L.; GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 22, n. 8, p. 1639-1648, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006000800012>.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. **British Journal Of Psychiatry**, [S. l.], v. 148, n. 1, p. 23-26, jan. 1986. Royal College of Psychiatrists. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>.

MARÍON-LEON, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 357-363, jun. 2003. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102003000300015>.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH T. L. **Modern epidemiology**: Wolters Kluwer Health. [S. l.]: LWW, 2008.

TOLEDO, J. **Dicionário de suicidas ilustres**. Rio de Janeiro: Record; 1999.

VIANAG, N.; ZENKNER, D. M.; SAKAE, T. M.; ESCOBAR, B. T. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S. l.], v. 57, n. 1, p. 38-43, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852008000100008>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**: Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde mental da amostra. Florianópolis, Brasil, 2009.

Variáveis	n	% (IC_{95%})
Sexo (n=1720)		
Masculino	761	44,2 (42,3-46,6)
Feminino	959	55,8 (53,4-57,7)
Idade (anos) (n=1720)		
20-29	540	31,4 (28,1-37,8)
30-39	392	22,8 (20,3-25,5)
40-49	438	25,5 (21,8-28,1)
50-59	350	20,3 (16,9-21,9)
Estado civil (n=1720)		
Solteiro	503	29,9 (26,3-33,5)
Casado ou com companheiro	1043	60,1 (56,5-63,6)
Viúvo ou divorciado/separado	174	10,0 (8,2-11,8)
Renda <i>per capita</i> (reais) (n=1685)		
Tercil 1 (menor)	564	33,5 (26,1-39,0)
Tercil 2	562	33,3 (29,6-36,8)
Tercil 3	559	33,2 (27,8-40,4)

Variáveis	n	% (IC _{95%})
Escolaridade (anos de estudo) (n=1716)		
≤ 4	158	8,7 (6,4-11,1)
8-5	253	14,0 (11,2-16,7)
11-9	568	33,4 (28,8-38,0)
≥12	737	43,9 (36,9-50,8)
Depressão (n=1718)		
Não	1425	83,8 (81,8-85,7)
Sim	193	16,2 (14,3-18,2)
Ideação suicida (n=1716)		
Não	1648	96,2 (95,0-97,4)
Sim	68	3,8 (2,5-5,0)
Transtorno mental comum (n=1687)		
Não	1431	85,3 (82,8-87,7)
Sim	256	14,7 (12,2-17,1)
Violência física por parceiro íntimo (n= 1709)		
Não	1416	83,1 (81,1-85,0)
Sim	293	16,9 (15,0-18,8)

IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%

Tabela 2 - Prevalência de condições de saúde mental e variáveis demográficas e socioeconômicas. Florianópolis, Brasil, 2009.

Variáveis	Depressão % (IC_{95%})	Ideação suicida % (IC_{95%})	Transtorno mental comum % (IC_{95%})
Sexo			
Masculino	8,8 (6,7-10,9)	2,0 (0,7-3,2)	7,4 (5,5-9,4)
Feminino	22,2 (19,5-24,9)	5,2 (3,5-7,0)	20,5 (16,7-24,4)
Idade (anos)			
20-29	9,0 (6,5-11,5)	2,4 (1,2-3,5)	11,7 (8,6-14,7)
30-39	17,6 (14,2-21,0)	3,8 (2,0-5,7)	16,1 (12,1-20,0)
40-49	19,3 (15,3-23,4)	5,1 (2,6-7,7)	16,5 (12,6-20,5)
50-59	22,7 (18,1-27,3)	4,4 (2,3-6,5)	15,8 (10,2-21,4)
Estado civil			
Solteiro	10,6 (8,0-13,2)	2,0 (0,7-3,2)	12,4 (9,7-15,2)
Casado ou com companheiro	16,6 (14,1-19,1)	3,7 (2,1-5,2)	14,2 (11,4-17,0)
Viúvo ou divorciado/separado	30,6 (22,4-39,0)	10,1 (4,9-15,3)	24,1 (17,0-31,3)
Renda <i>per capita</i> (reais)			
Tercil 1 (mais pobre)	18,1 (14,0-22,1)	6,4 (4,0-8,8)	20,7 (16,1-25,3)
Tercil 2	17,6 (14,1-21,1)	3,0 (1,6-4,4)	14,7 (12,1-17,3)
Tercil 3 (mais rico)	13,6 (10,7-16,4)	2,2 (0,7-3,6)	9,7 (6,5-12,9)

Variáveis	Depressão % (IC _{95%})	Ideação suicida % (IC _{95%})	Transtorno mental comum % (IC _{95%})
Escolaridade (anos de estudo)			
≤ 4	21,5 (14,5-28,5)	8,2 (3,5-13,0)	27,2 (19,6-34,8)
8-5	21,4 (16,5-26,2)	6,0 (2,3-9,6)	20,8 (14,5-27,2)
11-9	15,0 (11,3-18,7)	4,0 (2,4-5,7)	14,4 (10,7-18,1)
≥12	14,4 (12,2-16,5)	2,0 (0,9-3,2)	10,5 (8,1-12,8)
Violência física por parceiro íntimo			
Não	14,0 (12,0-15,8)	2,6 (1,4-3,7)	11,9 (9,5-14,3)
Sim	27,0 (20,7-33,2)	9,7 (5,8-13,6)	28,5 (22,0-35,0)

IC_{95%} - intervalo de confiança de 95%

Tabela 3 - Razão de chances (RC) bruta e ajustada entre depressão, ideação suicida e transtorno mental comum e violência física por parceiro íntimo. Florianópolis, Brasil, 2009.

Variável	VFPI	n (%)	RC (IC _{95%}) bruta	<i>p</i> *	RC (IC _{95%})** ajustada	<i>p</i>	RC (IC _{95%} *** ajustada	<i>p</i>
Depressão	Nenhuma	211 (14,0)	1,00		1,00		1,00	
	Moderada	74 (26,0)	2,10 (1,48-3,00)	<0,001	2,07 (1,44-3,00)	<0,001	2,00 (1,40-2,86)	<0,001
	Grave	47 (37,7)	3,58 (2,23-5,75)	<0,001	3,15 (1,96-5,06)	<0,001	2,94 (1,86-4,65)	<0,001
Ideação suicida	Nenhuma	39 (2,6)	1,00		1,00		1,00	
	Moderada	28 (9,8)	4,02 (2,10-7,70)	<0,001	3,91 (2,02-7,57)	<0,001	3,30 (1,65-6,57)	0,001
	Grave	21 (17,0)	7,16 (3,79-13,51)	<0,001	6,41 (3,30-12,50)	<0,001	5,01 (2,55-9,85)	<0,001
TMC	Nenhuma	173 (11,9)	1,00		1,00		1,00	
	Moderada	77 (27,7)	2,76 (1,97-3,87)	<0,001	2,80 (2,00-3,93)	<0,001	2,54 (1,78-3,63)	<0,001
	Grave	50 (40,4)	4,65 (3,00-7,23)	<0,001	4,41 (2,86-6,81)	<0,001	3,76 (2,38-5,94)	<0,001

VFPI: violência física por parceiro íntimo – RC: razão de chance - TMC: transtorno mental comum - (IC_{95%}) - intervalo de confiança de 95%. Todas as análises consideraram o efeito de delineamento.

*Teste de Wald. ** Ajustada pelas variáveis sexo e idade.*** Ajustada pelas variáveis sexo, idade, estado civil, renda e escolaridade.

Sexualidades dissidentes, violência e saúde mental: questões para a política de saúde LGBT

Marco José de Oliveira Duarte

Introdução

Este capítulo tem a violência e a saúde mental como questão central para analisar criticamente a política de promoção da equidade em saúde voltada para o grupo vulnerável constituído por sujeitos que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, *queer*, intersexos, assexuais, não-binários e mais (LGBTQIAN+)¹, denominados de dissidentes das sexualidades e de gênero, tomando, como objeto de investigação, a análise das produções científicas e documentais sobre essa população, na área da saúde, no contexto da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - PNSI-LGBT (Brasil, 2011), instituída pela Ministério da Saúde há doze anos atrás.

A questão das políticas públicas e direitos humanos de LGBT, assim como o enfrentamento das violências LGBTQIAfóbicas se colocam, atualmente, como os principais dilemas e desafios tanto para a sociedade civil

¹ É bom registrar que o uso que faremos aqui da sigla LGBT+ está coerente com os últimos relatórios oficiais das duas últimas conferências nacionais LGBT, assim como a inscrição normativa da política nacional de saúde integral LGBT. Assim, quando nos referirmos aos documentos oficiais, particularmente da PNSI-LGBT, usaremos somente LGBT. Portanto, quanto as outras expressões identitárias serão aqui reconhecidas, como já se observa na inserção de algumas destas, tanto na institucionalização da Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras (LGBTQIA+), pelos Decretos Nº 11.394 (21 jan.2023) e Nº 11.341 (1º jan. 2023), como no Decreto Nº 11.471 (6 abr. 2023), que institui o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras (CNLGBTQIA+). Desta forma, para este texto, ao referirmos aos documentos recentes, usaremos LGBTQIA+ e sobre os movimentos sociais, utilizaremos LGBTQIAPNB+.

e o Estado brasileiro, particularmente, no campo da saúde (Duarte, 2021a), no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que essa população também é usuária desses serviços públicos, mediada pela política pública de saúde.

Contudo, muitas das vezes, as desigualdades, dificuldades e barreiras encontradas pelos sujeitos LGBTQIAPNB+, do acesso à permanência de cuidado nos dispositivos assistenciais, reforçam as iniquidades em saúde desta população vulnerável, ainda mais se interseccional com outros marcadores sociais de diferença, estruturante e estruturais, como raça, gênero, classe, território dentre outros.

Assim, nossa atenção especial volta-se para essas questões, em que pese as táticas e estratégias profissionais do trabalho institucional em saúde, para o enfrentamento de preconceitos e discriminações, social e institucionalmente reproduzidos, muitas vezes, por trabalhadores/as no cotidiano do cuidado em saúde. Portanto, é na perspectiva da defesa e promoção dos direitos dos usuários do SUS, garantido pela Portaria GM/MS Nº 1.820 (Brasil, 2009), como na própria PNSI-LGBT, que se enfrenta e combate a LGBTfobia institucional na saúde.

Desta forma, é de relevância social, profissional e política, guiados pela ética da diferença, sob o signo das dissidências, que analisemos as produções teóricas e documentais, no sentido de que se possa contribuir para uma analítica sobre o estado da arte que envolve o tema da violência e saúde mental de LGBTQIAPNB+. Tendo como referência os onze anos da PNSI-LGBT, sua implantação e implementação, no sentido de enfrentamento das violências LGBTfóbicas e o cuidado em saúde. Principalmente, em um contexto ainda de radicalidade das desigualdades sociais, das iniquidades em saúde e o acirramento das questões sociais e sanitárias, com foco nos sujeitos LGBTQIAPNB+ na cena pública e nos serviços de saúde.

A saúde LGBT na cena pública: conversações iniciais

É necessário ressaltar que a aparição desse segmento da população usuária no SUS, denominada de LGBTQIAPNB+, durante muito tempo, e, infelizmente, ainda é, restringiu-se ao campo do Hiv/Aids. Primeiro pela necessidade de organização dos movimentos sociais LGBTQI-APNB+, a partir da década de 1980, em responder prioritariamente a epidemia da Aids, e segundo, por ocupar a gestão, pela forma da participação e controle social, desde 1986, no então criado Programa Nacional de DST e Aids, reforçado como espaço privilegiado de intervenção e militância, muito mais pela constituição da Lei Orgânica da Saúde (LOS) em 1990.

Entretanto, não se pode esquecer das diversas resistências de trabalhadoras/es da saúde com relação aos atendimentos e procedimentos técnico-operativos com pessoas LGBTQIAPNB+, principalmente, por conta do Hiv/Aids, em particular, por veicular, socialmente, a expressão “peste gay” ou “câncer gay” e toda uma gama de abjeções e mortes que esses sujeitos foram tratados historicamente pela sociedade em geral. Contudo, é só em 2004 que o governo federal lança o Programa Brasil Sem Homofobia (BSH): Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT (Brasil, 2004), tornando-se um marco histórico para dita cidadania de LGBT. Essa conquista assinala a arena de luta desses sujeitos pelo respeito às diferenças e o combate à discriminação e à violência que historicamente vivem. Contudo, quando do lançamento do BSH, este não foi contemplado com financiamento público (Irineu, 2014), no sentido de atender as demandas históricas dos movimentos sociais LGBT, com relação às suas vulnerabilidades específicas, própria desse segmento populacional, submetidos às diversas formas de violência e violações de direitos, inclusive nos territórios dos serviços técnico-assistenciais de saúde, nos seus diversos níveis de atenção e cuidado.

Assim, tomando como referência a primeira política pública LGBT no Brasil - o Programa BSH -, há nele três ações para o campo da saúde, e talvez, a principal delas seja a formalização do Comitê Técnico Nacional de Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, do

Ministério da Saúde, com o objetivo de estruturar a Política Nacional de Saúde para essa população (Duarte, 2014).

Entretanto, cabe destacar uma série de Portarias do Ministério da Saúde que são lançadas em seguida e que colocam esse segmento populacional como portador de direitos e cidadania no campo da saúde. Assim, em 2008, com a I Conferência Nacional LGBT, “das 559 propostas consolidadas no Relatório Final, 167 correspondem à área da saúde. No referido documento, temos um total de 166 estratégias de ação, destas, 48 dizem respeito ao campo da saúde” (Duarte, 2014, p. 90). Oriundo como produto desta Conferência, o governo federal, em 2009, institui o único Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos LGBT, através da então Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República.

Contudo, é somente em 2010 que é aprovada a versão final da PNSI-LGBT, pelo Conselho Nacional de Saúde e a retomada e reestruturação do Comitê Técnico Nacional de Saúde da População de LGBT no âmbito do Ministério da Saúde. Ao final de 2011, emerge, assim, a institucionalização, desta política equitativa (Brasil, 2011), como um conjunto de princípios éticos e políticos que tem como marca o reconhecimento dos efeitos perversos, dos riscos e danos à saúde de LGBT nos processos de discriminação, preconceito, marginalização, exclusão e violências LGBTfóbicas que são submetidas essa população, em seus processos de saúde-sofrimento-doença-cuidado.

No entanto, a despeito dos ditos avanços no campo dos direitos sexuais para LGBTQIAPNB+ na saúde e não exclusivamente neste setor, mas a construção de uma política pública para a população LGBT, no tocante ao reconhecimento dos efeitos da discriminação, do preconceito e da exclusão destes sujeitos em diversos segmentos sociais e, em particular, no processo saúde-doença, ainda nos deparamos nos serviços de saúde com determinados discursos e práticas que colocam uma distância e um hiato entre o que está no papel, como vimos anteriormente, e o que se efetiva e concretamente se faz no cotidiano do cuidado à saúde de LGBT (Duarte, 2017).

Cabe destacar que muitos ainda insistem em enquadrar essa população no lugar próprio da patologia, do desvio e da segregação social, mesmo que não o seja². Contudo, esse discurso, de forte conteúdo higiênico e moralista, foi imposto, não só pelo viés do conservadorismo da ordem médica, desde que a questão da orientação sexual foi retirada da tutela policial por afetar à ordem pública. Mas também, pela esquerda stalinista e pela direita fascista, quando muitos dissidentes, pelos marcadores de suas identidades e marcadores sociais de sexualidades e gênero, foram exilados, presos, torturados e mortos, sob o rótulo que se enquadravam, respectivamente, ou no “desvio pequeno burguês”, ou “como doença” e “perversão”. Atualmente, reatualiza-se o discurso do “pecaminoso”, pelo viés de um certo fundamentalismo religioso presente ainda na sociedade, que, consequentemente, pelo credo de determinados/as profissionais da saúde, na atualidade, contribuem para a reprodução de práticas de aversão, discriminação, preconceito e violência, que marcam ainda mais as iniquidades em saúde frente as vulnerabilidades históricas e sociais deste segmento populacional.

Infelizmente, sabemos que as situações de discriminação e preconceito institucional, bem como o despreparo e a falta de conhecimentos sobre identidade e expressão de gênero e sobre orientação sexual, é visto como o completo descaso e ignorância, que se constitui no cerne da questão e que há muito de ser feito para reverter minimamente os efeitos de

² A despatologização das homossexualidades foi garantida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) na 10ª edição, em 1990, bem mais tarde que a tomada de decisão pelas Associações Americanas de Psiquiatria, em 1973, e de Psicologia, em 1975, inclusive desta ausência no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). No Brasil, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1985 e o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 1999, já operavam pela lógica da despatologização, seguido pelo princípio da não-discriminação. Quanto ao processo de despatologização das identidades trans, esta é mais lenta, pois no DSM-5, persiste como disforia de gênero e na CID-11, como incongruência de gênero, mas nesta última não mais diagnosticada como transtorno mental, diferente do manual norte-americano. Para melhor aprofundamento do CID-11 e população trans, consultar Rocon e Duarte (2022).

anos de exclusão, invisibilidade e iniquidade. São muitos os obstáculos demarcados por cenas e discursos preconceituosos que, de acordo com níveis de intensidade distintos, discriminam, estigmatizam, violentam e excluem pessoas pelos mais variados marcadores sociais de diferença, ainda mais interseccionados, como sexualidades, gênero, classe social, raça, etnia, geração, território, estética corporal e mais.

Apesar dos relatórios das últimas Conferências Nacionais de Saúde e de alguns Conselhos Profissionais da saúde terem deliberações próprias para a inibição das práticas discriminatórias sobre a população LGBT, compete ao Ministério da Saúde, como sinalizado nos Planos Operativos da PNSI-LGBT (2012-2015 e 2016-2019) essa tarefa institucional, fruto das deliberações do conjunto da população LGBT nas suas três únicas Conferências Nacionais LGBT, em 2008, 2011 e 2016, revelando as iniquidades na saúde.

Embora seja verdade que a ausência da temática da diversidade sexual e de gênero é presente em muitos outros setores da saúde, se articulada com a perspectiva dos direitos sexuais no campo dos direitos humanos em saúde, o tema, portanto, continua visível e operativo. É notório e recorrente, por exemplo, quando de capacitação para os profissionais da área e nas campanhas de prevenção de Hiv/Aids. Ressalta-se que isto se deve aos efeitos cumulativos da presença da militância LGBT desde os anos 1980, tendo em vista ser o “grupo de risco” mais enfocado por conta das suas práticas e desejos sexuais discriminados. Mas, se por um lado, foi nesse campo que a temática da diversidade sexual estreou no cenário das práticas de saúde em geral (Duarte, 2021a), hoje, ele se amplia e se consolida com a PNSI-LGBT, inclusive em alguns estados e municípios, que também se associam de forma transversal, às outras políticas nacionais do Ministério da Saúde.

Desta forma, a experiência acumulada, mais em decorrência da pandemia de Aids/Hiv, e recentemente, com o Processo Transexualizador do SUS, desde 2008, vem possibilitando, apesar de timidamente, a quebra de paradigmas biomédicos na abordagem à saúde de LGBT. Alguns profissionais, ainda não no seu todo, tendem refazer e ressignificar a relação com

seus/suas usuários/as/es, repensando a relação entre a política de promoção da equidade em saúde e outros direitos humanos, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos. Portanto, na análise da determinação social da saúde, tomando a população LGBTQIAPN+, outros elementos socioculturais e históricos se inserem no processo saúde-doença-cuidado, como a orientação sexual e a identidade e expressão de gênero, como o estigma e o preconceito resultantes, e em decorrência destes. Assim, inaugura-se um outro enfrentamento das iniquidades em saúde, levando em consideração o conceito ampliado de saúde, na medida em que se percebe que o adoecimento e o sofrimento de LGBTQIAPN+ podem ser agravados quando correlacionados ao seu modo de existência, residindo aí a LGBTQIAPNfobia, inclusive de cunho institucional nos serviços de saúde.

O direito à saúde integral para essa população requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, demandando a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, bem como a recusa à medicalização da sexualidade, que tende a normatizar as expressões da sexualidade humana segundo a lógica cisheterossexista, como norma e moral sexual, pela linearidade e compulsoriedade na determinação do sistema sexo-gênero. Isso implica considerar outros discursos sobre a sexualidade humana como legítimos, inclusive como ferramenta crítica ao saber/poder médicos que tende a patologizar e medicalizar as diferenças que denunciam a não naturalidade, no humano, dos processos constitutivos e das práticas sociais e relacionais vinculadas à sexualidade.

Para uma crítica da LGBTfobia institucional na saúde: enfrentamento necessário

Trataremos, a partir deste momento, de uma síntese analítica, de base qualitativa, de uma revisão integrativa de literatura e de análise de conteúdo como tratamento da produção dos dados coletados, tomando os recentes trabalhos publicados e desenvolvidos que nos inserimos como pesquisador em algumas redes nacionais de pesquisa sobre saúde LGBT (Duarte; Fernandes, 2023; Duarte; Oliveira, 2022; Mendes *et al.*, 2021;

Rocon *et al.*, 2020;). Pensa-se em articular as categorias que emergirem no processo de análise das gramáticas científicas, a partir do entendimento da política de promoção da equidade em saúde, com foco na PNSI-LGBT e o enfrentando ou reprodução das iniquidades em saúde no SUS voltadas aos sujeitos LGBT.

De uma forma geral, a pesquisa de revisão bibliográfica sobre o tema – a saúde e a política de saúde LGBT, foi realizada na área da Saúde e busca em base de dados eletrônicas, como biblioteca Cochrane, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, SciELO, PubMed, LILACS, PePSIC, BVS, RedAlyc e Latindex. O corte temporal foi a partir de 2011, ano de institucionalização da PNSI-LGBT até 2022. Na busca, encontramos 37 artigos em diversos periódicos do campo da saúde, mas, a partir de nossos critérios de inclusão e exclusão, tem-se 7 artigos especificamente a respeito da PNSI-LGBT. Na análise de conteúdo sobre os artigos, assim, como de nossos achados em pesquisa-intervenção em curso³, registra-se pelas produções científicas, a partir da realidade social, que ainda há uma certa ignorância ou preconceito por parte das/os profissionais da saúde, independentemente de sua área de conhecimento, em abordar questões ligadas à sexualidade revelada ou em lidar com um sujeito e um corpo diferentes. O estranhamento, muitas vezes, cria resistência e repulsa em ambos os agentes na atenção à saúde, reproduzindo omissão e indiferença, o que reforça, no caso, a LGBTfobia institucional e as iniquidades em saúde para este segmento populacional. Isto interfere em muito na produção do cuidado, no projeto terapêutico singular, na conduta clínica etc. As situações vexató-

³ Trata-se de um dos projetos de pesquisa coordenado também pelo autor, no âmbito do Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidade, Gênero, Diversidade e Saúde: Políticas e Direitos (GEDIS/CNPq), desenvolvidos no DIVERSE - Observatório da Diversidade Sexual e de Gênero: Políticas, Direitos e Saúde LGBT e no Centro de Referência de Promoção da Cidadania LGBTQI+ (CeR-LGBTQI+), da Universidade Federal de Juiz de Fora, principalmente, no atendimento próprio do CeR-LGBTQI+ ou observando e acompanhando tal procedimento em serviços de saúde, ou aplicando instrumentos como *google forms* ou *google meet*, com população usuária e profissionais da saúde, quando no contexto da pandemia. A respeito ver Duarte (2020a; 2021b; 2023) e Duarte e Oliveira (2021).

rias, os olhares curiosos, certas brincadeiras de mau-gosto, atitudes preconceituosas e discriminatórias são reais e presentes no contexto assistencial nas unidades de saúde, em diferentes níveis de atenção e cuidado.

O lidar com a diferença e a singularidade dos sujeitos das dissidências sexuais e de gênero não se limita aos muros das instituições da saúde, contudo, promover o respeito à diversidade é orgânico aos padrões civilizatórios de uma sociedade justa e solidária, todas as profissões da saúde, mesmo aquelas que até agora não se pronunciaram quanto a isso, em seus colegiados de deliberação, devem assumir coletivamente o compromisso de contribuir com essa mudança, no caso, a partir da saúde, compreendendo a diferença como uma pluralidade enriquecedora das relações sociais.

Essas diferenças não podem continuar sendo usadas como instrumento para perpetuar tratamentos desiguais e discriminatórios e sim a emancipação humana e pelo princípio da equidade do SUS. A existência das mais variadas formas de diversidade, portanto, deve ser vista e trabalhada como própria da condição humana. Somos diversos e plurais e nisso reside a democracia e a garantia dos direitos sexuais e humanos.

Portanto, quando tomamos as discriminações e preconceitos por orientação sexual e identidades e expressões de gênero, traduzido como LGBTQIAPNfobia, entende-se esse fenômeno como elemento histórico, estrutural e estruturante, na determinação social do processo saúde-doença-cuidado, revelando que o sofrimento e o adoecimento, somado às outras vulnerabilidades, pesam muito mais a LGBTQIAPN+, como foi durante o processo agudo da pandemia da COVID-19 (Duarte, 2020a).

Desta forma, temos que salientar de que os dados bibliográficos analisados revelam estas questões, a partir de produções e pesquisas, tanto do processo de implantação da política de promoção da equidade em saúde, voltada para este grupo vulnerável específico, a PNSI-LGBT, em todos os níveis de atenção e cuidado no campo da saúde do SUS. Há uma descon-

tinuidade da PNSI-LGBT nos três níveis de governo, mas mais precisamente no nível federal, com perspectiva de ser retomada⁴, o que revela a paralisia e fragilidade no seu processo de implementação e dos instrumentos institucionais. Se há limites no poder executivo, nos três níveis de governo, há uma mobilização real, concreta e incisiva nos âmbitos legislativos federal, estaduais e municipais, em uma cruzada ofensiva anti-gênero e anti-LGBTQIAPN+ (Prado; Correa, 2018), protagonizada por setores conservadores e reacionários, criando barreiras para os interesses e cidadania destes sujeitos, em particular, no campo dos direitos humanos e das políticas públicas, com veiculação de evidente discurso de ódio, como se pode observar, principalmente, com o crescimento falacioso e perverso da dita ideologia de gênero (Junqueira, 2017) cunhada por setores religiosos e de extrema direita.

Nos artigos analisados com foco no trabalho profissional na saúde, destaca-se que os sujeitos das dissidências sexuais enfrentam ações preconceituosas e discriminatórias nos serviços de saúde, além de afirmar as conexões com o campo dos direitos humanos de LGBTQIAPN+. Apon-tando que na maioria das vezes, os agravos à saúde de LGBT são determinados socialmente, em função das frequentes violações de direitos e violências a que estão expostos, como presenciamos em nossas observações e em atendimentos. Tais questões são expressões das representações socialmente construídas acerca das orientações sexuais e das identidades de gênero dissidentes frente a heteronormatividade, representada pela cisgeneridade e pela heterossexualidade hegemônica e compulsória imposta pela moral sexual burguesa.

⁴ Cabe salientar que por iniciativa da sociedade civil organizada, e com o protagonismo da Associação Brasileira Profissional para a Saúde Integral de pessoas Travestis, Transexuais e Intersexo (ABRASITTI), houve uma articulação com aproximadamente mais de 20 entidades do movimento social LGBTQIAPN+, que além de convocarem, organizaram e realizaram, com o respaldo do Conselho Nacional de Saúde e do contexto da 17ª Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Livre Nacional de Saúde de Pessoas LGBTIAPN+, que ocorreu de forma integral e virtual, no dia 20 de maio de 2023 e cujo tema foi: “Pessoas LGBTIAPN+ defendendo direitos e lutando por um SUS inclusivo e igualitário para hoje e amanhã”.

Estes sujeitos são expostos a situações humilhantes e vexatórias, sobretudo, por expressarem um comportamento fora dos padrões cisheterossexistas estruturados pela formação social brasileira. Não se pode negar ou fazer vista grossa para as implicações éticas e políticas desses segmentos, em suas singularidades na realidade social, marcados pelas precariedades da vida (Nascimento; Duarte, 2021), que reforçam as vulnerabilidades específicas, como pela equidade do acesso à saúde (Duarte *et al.*, 2020). Campo esse, reprodutor da desigualdade, da segregação e da exclusão social, bem como das discriminações e dos preconceitos por parte de seus profissionais.

De forma contundente, questões sinalizadas nos artigos são tratadas pela nossa equipe no âmbito da universidade, em diferentes contextos e produções⁵, como o desprezo ao nome social que ainda figura como obstáculo decisivo ao acesso universal, integral e equitativo no SUS, junto com a transfobia nos sistemas de saúde; o diagnóstico patologizante no Processo Transsexualizador, como ainda no campo do Hiv/Aids, a ausência de dados referentes à orientação sexual e identidades de gênero, seja nos prontuários e formulários do e-SUS⁶, mas, em particular, na subnotificação ou não preenchimento destes quesitos⁷ na “Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada”⁸ do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do SUS (Brasil, 2014). Todavia, cabe registrar, quanto ao preenchimento de dados no SUS, é que se conta com a

⁵ Faz-se referência às pesquisas e intervenções realizadas pela equipe do GEDIS/CNPq/UFJF, visíveis como produção científica, mas também pela equipe do CeR-LGBTQI+/UFJF através das atividades desenvolvidas, de atendimento, de encaminhamento, como de formação/capacitação para um conjunto de profissionais e suas políticas públicas, em particular, na saúde, assistência social e educação.

⁶ A PNSI-LGBT incidiu na alteração no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB (e-SUS AB), a partir da versão 1.3.0, incluindo na Ficha de Cadastro Individual um campo para o nome social no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e um campo para preenchimento da identidade de gênero e orientação sexual do usuário do SUS.

⁷ O mesmo ocorre sobre o quesito raça/cor

⁸ A PNSI-LGBT influenciou a nova versão 5.0, de outubro de 2014.

disposição e boa vontade de profissionais apesar do aspecto normativo-legal do SUS.

Este conjunto de situações, denunciadas publicamente, são as violências cotidianas que os sujeitos das dissidências em sexualidade e gênero convivem se atendidos pelo SUS, está é a dimensão da LGBTQIAPNfobia institucional na saúde, que por isto muitas destas pessoas não procuram atendimento

Os “nós” do sofrimento psicossocial: violência, saúde mental e LGBTQI-APNfobia

O campo da saúde mental foi, historicamente, campo da ordem médico-psiquiátrica e de sua medicalização, em que vários sujeitos das dissidências sexuais e de gênero submeteram as torturas do tratamento psiquiátrico para reversão da patologia mental, internados em manicômios e violentados pelos eletrochoques, lobotomias etc. (Duarte, 2015). Assim, ao abordarmos as dissidências sexuais e de gênero e o campo da saúde mental, não se pode analisar o presente sem considerar o passado sombrio, perverso e de morte, como os que identificavam como homossexuais e bissexuais, apresentando uma orientação sexual que desviava da heteronormatividade, ou mesmo como transgêneros e transexuais, que rompiam com a cisgeneridade e constituindo novas identidades e expressões de gênero. Estes sujeitos, enquanto sujeito coletivo, tiveram ou de submeter aos ditames da ordem ou resistir, para afirmar, hoje, sua identidade frente a diferença com a cisgeneridade e o heterossexismo, compulsórios, todavia, na imposição das normas de gênero e sexualidade.

Os sujeitos das dissidências em sexualidade e gênero são vistos e tratados, social, histórica e culturalmente, com discriminação, preconceito, violência e morte. E, conseqüentemente, o sofrimento mental e psicossocial destes emergem com reação de como lidam e experienciam, em suas existências, frente a LGBTQIAPNfobia. Portanto, a questão da saúde mental e violência, muitas vezes, é mais um elemento de agravo e risco à saúde e à integridade deste segmento populacional, como por exemplo

quando associado aos usos de drogas (Duarte, 2020b), acentuado pelo conteúdo moralizante e conservador, que se persiste em acreditar como “desvio de conduta” das diferenças sexuais e de gênero frente a cisheteronormatividade, que enquadra e impõe precariedades de vida a estes sujeitos.

Sabemos que a diversidade sexual e de gênero está na ordem da cultura, da política, que não são fenômenos biológicos em si, nem mesmo problemas mentais. As sexualidades e os gêneros são expressões dos marcadores sociais de diferença, e que podem ser usados como elementos de desigualdade e opressão, particularmente, quando operam de forma interseccional com outros marcadores, produzindo sistemas de hierarquia e dominação. Assim, se é no campo social que se acentua ou se reduz as desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, balizados pela homofobia, lesbofobia e transfobia, é também nos serviços e políticas sociais, e particularmente, na saúde, que se localiza a discriminação dos sujeitos LGBT, como agravantes do sofrimento desta população no âmbito da sociedade em geral.

Isto se observa, como vimos, quando da acessibilidade ou barreira a determinados serviços públicos e privados, como no caso dos serviços de saúde e saúde mental. Contudo, se acessam tais instituições como usuários/as, e entendendo que a lógica da exclusão atravessa sempre ao que é diferente das normas, o que identificamos como LGBTfobia institucional, há uma produção de aversão e ódio à simples presença destes sujeitos, que são, muitas das vezes, estigmatizados e discriminados, aumentando, portanto, a carga de sofrimento frente a esta violência institucional.

No entanto, mesmo que o Estado brasileiro reconheça a necessidade de eliminar a discriminação e a marginalização deste segmento populacional, com proteção e respeito ao direito à sexualidade, a orientação sexual e as expressões da identidade de gênero no âmbito da saúde e saúde mental, há a imperiosa necessidade de que esta pauta se concretize em uma agenda política imediata para se concretizar, nos serviços de saúde e de saúde mental, a garantia da livre expressão das sexualidades, dos gêneros, dos corpos, dos desejos e das subjetividades.

É por isto que é importante ressaltar que historicamente a população LGBTQIAPN+ sofre e vem sofrendo preconceito e discriminação, que se manifestam de diversas formas da violência LGBTQIAPNfóbica, como psicológicas, morais, físicas, sexuais e patrimoniais, que tem como causa a repulsa, a negação, o ódio, o recalcamento, o apagamento dentre tantos outros motivos para a eliminação da existência das pessoas dissidentes em sexualidade e gênero.

Contudo, é necessário compreender que este mesmo Estado que, contraditoriamente, apresenta estes interesses vistos acima, é o que produz um apagamento, ou mesmo uma certa invisibilidade deste segmento populacional, primeiro quanto às garantias desses direitos enquanto políticas de Estado e mesmo no âmbito do legislativo, espaço recentemente ocupado, na política institucional, pelos sujeitos LGBTQIAPN+. Temos visto que foi, pela ausência de garantia legal, que a Suprema Corte do poder judiciário brasileiro atuou na defesa da judicialização destes mesmos direitos, como a equiparação da homotransfobia ao racismo, dentre outros. E o segundo, é o apagão estatístico sobre dados desta população, revelando a negligência deste sobre os sujeitos das dissidências sexuais e de gênero. Quando há, são subnotificados. Isto reflete a violência com que estes sujeitos, considerados abjetos, são tratados pelo Estado brasileiro.

Assim, dos poucos registros que temos, podemos considerar, segundo a base de dados do Departamento de Informática do SUS (DATA-SUS), nesses 8 (oito) anos, desde a implantação da ficha de notificação compulsória de violência do SINAN, em 2015, citada acima, o sistema da subnotificação dos registros. Esse fenômeno também é analisado no estudo de Pinto *et al* (2020), ao relatarem que as violências reportadas são menores que a totalidade de casos reais na sociedade brasileira. Mas cabe destacar que antes mesmo da referida ficha,

Os indicadores do SUS também revelam que as principais formas de violência são agressões verbais ou ameaças de agressões (55%), seguidas pelas agressões físicas (15%), chantagem ou extorsões (11%), violência sexual (6%) e o golpe conhecido pela expressão boa-noite, Cinderela (3%). (Brasil, 2008 *apud* Cardoso; Ferro, 2012, p. 555)

Deduz-se, então, que a questão da violência LGBTIfóbica no âmbito do SUS é invisibilizada. Isso revela o quanto de preconceitos e discriminações são velados e silenciados por parte significativa dos trabalhadores da referida política pública ao não notificarem. E sobre esta questão, de não se ter dados oficiais por parte do Estado brasileiro sobre as violências de LGBTQIAPN+, o governo federal só o faz entre 2011 a 2013, a partir do seu banco de dados, recebendo as denúncias por linha telefônica (Disque 100), pela Ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS) e da extinta Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), como pelos dados hemerográficos, ou seja, baseados em notícias veiculadas nas mídias referentes a violações de direitos humanos cometidas contra este segmento populacional em todo o território brasileiro. Neste sentido, o último relatório divulgado foi em 2013 (Brasil, 2016), publicado pela então Secretaria Especial de Direitos Humanos, no interrompido governo Dilma Rousseff (2015-2016), no fundido Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos e no âmbito do natimorto Sistema Nacional de Promoção de Direitos e Enfrentamento à Violência contra Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Sistema Nacional LGBT), não havendo nada mais sobre o tema nos governos de Michel Temer (2016-2018) e Jair Bolsonaro (2019-2022).

Em uma única reportagem no site do governo federal, em 2019, pelo antigo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH), sobre a violência contra as pessoas LGBTQIAPN+ ocorridas em 2018, o Disque 100 recebeu denúncias que somam 1.685 casos, que resultaram em 2.879 violações. Destas, 70,56% são referentes à *discriminação*, seguida por *violência psicológica* (xingamentos, injúria, hostilização, humilhação, entre outros) com 47,95%, *violência física* (27,48%) e *violência institucional* (11,51%) – *homofobia e transfobia institucional*. Os dados traçam o perfil da vítima, revelando que a maioria é de gays (32%) e pessoas trans (31%), na faixa etária de 18 a 30 anos (45%), da raça negra (37,9%), o local da violação é a rua (32,32%) e os agressores são homens heterossexuais e cisgêneros.

Mas de fato, se por parte do Estado temos apagão, é a sociedade civil organizada que tem produzido dados anuais sobre as mortes de LGBTQI-APN+, e, particularmente, as organizações civis, nacionais e internacionais, como o Grupo Gay da Bahia (GGB), a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), Transgender Europe (TGEU) e International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), a cada 16 horas uma pessoa desta população é assassinada no Brasil. Nos últimos anos, obteve-se um aumento significativo deste homicídio, chegando a quase dez mil assassinatos no país entre 1963 e 2022, em razão de orientação sexual ou identidade de gênero, o que faz que o Estado brasileiro continue, mais uma vez, como o campeão mundial desse tipo de crime (Mendes *et al.* 2020).

A causa das mortes registradas em 2022, segundo os dados do relatório do Observatório de Mortes e Violências contra LGBTI+ no Brasil, coordenado pelas organizações Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA e a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), segue a mesma tendência dos últimos anos, predominando o uso de armas de fogo, seguida por armas brancas cortantes, como facas. Cabe ressaltar, que segundo as agências internacionais de direitos humanos de LGBTI+ acima, matam-se mais gays no Brasil do que nos 13 países do Oriente e África onde há pena de morte contra essas pessoas. O maior número dos assassinatos ocorreu em via pública, mas também é grande o número de crimes que foram registrados dentro da casa das vítimas. Os dados da pesquisa mostram, ainda, que em geral esses crimes ficam sem punição. A cada quatro homicídios o criminoso foi identificado em menos de 25% das vezes. Além disso, menos de 10% das ocorrências resultaram em abertura de processo e punição dos assassinos (Gastaldi, 2022).

Portanto, é a partir desse cenário de violências e mortes, que podemos aferir que os sujeitos LGBTQIAPN+ não se sentem à vontade, protegidos e seguros para buscar qualquer tipo de atendimento e informações sobre sua saúde e mesmo sobre sua sexualidade, sobretudo, adolescentes. Considerando, portanto, que essa dimensão é marcada por preconceitos,

inclusive, invisibilizando e silenciando tais sujeitos, inclusive sendo reproduzido por agentes públicos, caracterizando as instituições sociais, como a saúde, a escola, a delegacia, mas a família e espaços religiosos, como lugares de exclusão, violência, discriminação, preconceito e de violação de direitos de cidadania deste segmento populacional.

Este conjunto de elementos são responsáveis pelo sofrimento mental de grande parte desta população, particularmente, entre adolescentes e jovens, que é propensa a ideação e tentativas de suicídio (Teixeira-Filho; Rondini, 2012). De acordo com diferentes estudos, em sua maioria internacionais, as pessoas dissidentes em sexualidade e gênero,

são mais vulneráveis em relação a saúde mental, com quadros de depressão e ansiedade, transtornos alimentares, autolesão não suicida, ideação suicida e suicídio, além de diversos tipos de uso de drogas (fumo e álcool incluídos) e limitações de atividades em decorrência de questões físicas, mentais e emocionais, causando sobrepeso e problemas de saúde daí decorrentes. (Duarte, 2023, p. 30)

Sabedores que a maioria da literatura internacional se baseia no modelo biomédico, incluindo aí a teoria de estresse de minoria, o fato é que ao defender este paradigma, pesquisadores em geral, como parte da militância, estão identificando determinados estressores específicos de LGBTQIAPN+ que funcionam como indicadores de saúde mental. De fato, constitui-se, portanto, um outro modo e regime de verdade para determinar cientificamente as vulnerabilidades e iniquidades em saúde deste segmento populacional, como os fatores de riscos e danos, constrangimentos sociais, estigmas e violências que acentuam os sofrimentos psicossociais e de saúde mental destes.

São inúmeros casos desta associação de violência e saúde mental que estes sujeitos registram, como abuso sexual e emocional na infância, ou outras experiências negativas com as práticas sexuais na adolescência. A negligência, expulsão e violência nas instituições sociais, como já sinalizamos, como família, escola e espaços religiosos. Soma-se, na fase adulta, a instabilidade econômica pela falta de emprego e renda, como de outros

tipos de violências que serão vividas, além da precariedade das políticas públicas, em especial, no campo da proteção social, saúde e assistência social, voltadas para este segmento populacional, além da violência LGBTQIAPNfóbica estrutural, que intersecciona com o cisheterossexismo e o racismo na base da sociedade brasileira.

É importante fortalecer a formação permanente da equipe de saúde, para uma abordagem e acolhimento destes sujeitos das dissidências em sexualidade e gênero, de forma a garantir cidadania e a romper com os agravos das violências LGBTQIfóbicas institucionais nos serviços de saúde e não ser mais um elemento deste sofrimento psicossocial. Principalmente, pela saúde produzir o cuidado integral da população usuária, fazendo uso de linguagem apropriada, a familiaridade elementar quanto aos problemas de saúde e saúde mental destes, como os efeitos da LGBTQI-APNfobia em suas diversas expressões na vida singular e coletiva deste segmento populacional

Considerações finais

A produção de conhecimento científico, sem neutralidade e crítico, deve contribuir para o enfrentamento da LGBTQIAPNfobia institucional no campo da saúde, que reproduz as desigualdades e iniquidades em saúde. É nesse sentido, dada a emergência e importância de tal debate, que este trabalho visa contribuir na análise crítica e sistemática, para alguns processos de reprodução das iniquidades em saúde que atingem as dissidências sexuais e de gênero neste campo, e, particularmente, no processo de análise da implantação da PNSI-LGBT, política equitativa na saúde para LGBTQI+.

Lembrando que bem pouco tempo atrás, como vimos, a aparição destes sujeitos, no campo da saúde, estava relacionada com o diagnóstico de doença mental e mais recentemente, em decorrência da epidemia do Hiv/Aids, o assim chamado “grupo de risco”, portadores da “peste gay” ou do “câncer gay”. Ainda hoje são alvo de discriminação, particularmente, os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), haja visto a recente

propagação das autoridades internacionais de saúde em identificá-los como vetores da varíola do macaco, apesar de ser uma doença que pode atingir qualquer um, que não se transmite por relações sexuais e não se morre por conta dela.

De fato, a orientação sexual e a identidade de gênero são reconhecidas oficialmente pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes de situações de vulnerabilidade, na medida em que a intolerância, o estigma, a violência e a exclusão social relacionada à diversidade sexual e de gênero são geradoras de sofrimento psicossocial e limitadoras do acesso de LGBTQIAPN+ a atenção e aos cuidados de saúde. Contudo, apesar das poucas formações incluídas na política de educação permanente do SUS, para o trato sobre o tema, a saúde LGBT, o conjunto das(os) trabalhadoras de saúde apresentam resistência ou ignoram a PNSI-LGBT.

Assim, a promoção da equidade para LGBTQIAPN+ necessita ser compreendida a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que tenham como meta a proteção aos direitos humanos e sociais dessa população, no caso da saúde. Desta forma, o combate à LGBTQIAPNfobia, é, portanto, uma estratégia fundamental para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção e cuidado, inclusive de forma intersetorial, e, em particular, com outras políticas públicas que compõem a rede de proteção social a essa população.

Desta forma, é nesse contexto adverso e influenciado pelo ideário ultraneoliberal por um lado, e ultraconservador, de outro, que se precisa afirmar a garantia de direitos e da democracia, rompendo com essas desigualdades impostas, ainda mais, considerando que a população LGBT vem sendo alvo constante de perseguição e ataques aos precários e poucos direitos recentemente constituídos, como a não efetivação de fato da PNSI-LGBT nos estados e municípios e a retomada recente pelo governo federal. Portanto, se foi em decorrência das lutas dos movimentos sociais LGBTQIAPN+ no campo da saúde que emergiu a referida política no âmbito do SUS, é necessário retomar na forma de agência e de agenda, por

parte dos próprios movimentos esta questão, como começamos a observar em âmbito nacional, com a mudança da gestão pública federal.

Sabe-se que boa parte dessa contestação e barreiras no interior da sociedade tem sido mais radicalizada pelos setores conservadores, de extrema-direita e de forte teor fundamentalista religioso, impondo uma leitura de doença, como que se algo deve ser tratado e a ser recuperado como nas “terapias reparadoras”, a favor de um direcionamento ao pensamento majoritário em defesa de um modelo heterossexual, isto é, para o que é aceitável, normal e padronizado. Além da transmissão de diversos discursos de ódio que propagam e incentivam a morte de LGBTQIAPN+, em um país que, segundo estatísticas das organizações não-governamentais do ativismo das dissidências em sexualidade e gênero, é o campeão em assassinatos a estes sujeitos, em particular a população trans.

Em síntese, problematizar a questão das dissidências em sexualidade e gênero na saúde, com foco no debate da violência e saúde mental, requer um esforço analítico e histórico, indo além das concepções biológicas e naturais, próprias das disciplinas tradicionais e duras da saúde. Por isso a relevância de investigações sobre tais fenômenos nas áreas de conhecimento que compõem o campo da saúde. Isso significa levar em consideração que as manifestações do comportamento sexual e suas identidades sexuais e de gênero estão imbricadas na cultura, nas relações sociais e de poder, uma vez que cada um vai moldando e construindo a sexualidade de maneira distinta, singular e subjetiva e, portanto, na maioria das vezes, contrária aos ditames da ordem burguesa e sua moral sexual normativa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite - CIT/MS. Resolução Nº 2, de 6 de dezembro de 2011 - Estabelece estratégias e ações que orientam o I Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) – 2012-2015. **Diário Oficial da União** (D.O.U.), Brasília, DF, Seção 1, 06 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite, (CIT/MS). **Resolução nº 26**, de 28 de setembro de 2017. Estabelece estratégias e ações que orientam o II Plano Operativo da PNSI-LGBT (2016-2019).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União** (D.O.U.), Brasília, DF, Seção 1 – 06 jun. 2014, p. 6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Revoga a Portaria GM/MS Nº 675, de 30 de março de 2006 e dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União** (D.O.U.), Poder Executivo, Seção 1, Brasília (DF), 13 de ago. de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011 – Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT). **Diário Oficial da União** (D.O.U.), Brasília, DF, Seção 1, 01 dez. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 11.341, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania e remaneja cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União** (D.O.U.), Brasília, DF, Seção 1 - Edição Especial, de 01 jan. 2023, p. 139-144.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 11.394, de 21 de janeiro de 2023. Altera o Decreto nº 11.341, de 1º de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. **Diário Oficial da União** (D.O.U.), Brasília, DF, Seção 1, Edição Extra, Nº 15-F, de 21 janeiro de 2023, p. 3-4.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Nº 11.471, de 06 de abril de 2023. Institui o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras (CNLGBTQIA+). **Diário Oficial da União** (D.O.U.), Brasília, DF, Seção 1, Edição Extra, 67-B, de 06 de abril de 2023, p. 1-2.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

DISQUE 100 registra quase três mil violações contra a população LGBT. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). gov.br, 27 jun. 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/junho/disque-100-registra-quase-tres-mil-violacoes-contr-a-populacao-lgbt>. Acesso em: 30 jul. 2023.

DUARTE, M. J. O. A política de saúde LGBT no SUS: contribuições para o Serviço Social. *In.*: MORAES, C. A. de S. (org.). **Serviço Social e trabalho profissional na área da saúde**. Uberlândia: Navegando, 2021a.

DUARTE, M. J. O. Cuidado de si e diversidade sexual: capturas, rupturas e resistências na produção de políticas e direitos LGBT no campo da saúde. *In.*: RODRIGUES, A. *et al.* (ed.). **Transposições: lugares e fronteiras em sexualidade e educação**. Vitória: Editora UFES, 2015.

DUARTE, M. J. O. Dissidências sexuais e de gênero e saúde mental. *In.*: ALLI, A.; BURWIEL, J. P.; REYNOSO, M. (org.). **Salud mental y géneros: una perspectiva transfeminista**. Buenos Aires: Acercándonos Ediciones, 2023.

DUARTE, M. J. O. Dissidências sexuais, vidas precárias e necropolítica: questões para o Serviço Social. *In.*: LOLE, A. *et al.* (org.). **Diálogos sobre trabalho, serviço social e pandemia**. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2021b.

DUARTE, M. J. O. Dissidências sexuais, vidas precárias e necropolítica: impressões de uma experiência em tempos de pandemia *In.*: OLIVEIRA, A. D. (org.). **População LGBTI+, vulnerabilidades e pandemia da COVID-19**. Campinas: Saberes e Práticas, 2020a.

DUARTE, M. J. O. Diversidade sexual e de gênero e saúde mental: Enlaçando políticas e direitos. *In.*: PASSOS, R. G.; COSTA, R. de A.; SILVA, F. G. (org.). **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

DUARTE, M. J. O. Diversidade sexual e drogas: questões para a saúde LGBT. *In.*: SANTOS, C. V. M.; ROCHA, G. M. A. (org.). **Perspectivas interdisciplinares em promoção da saúde e diversidade**. Palmas: Editora UFT, 2020b.

DUARTE, M. J. O. Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 14, n. 27, p. 77-98, jan./jun., 2014.

DUARTE, M. J. O.; FERNANDES, C. P. Serviço Social e diversidade sexual: o estado da arte. *In.*: DUARTE, M. J. O. *et al.* (org.). **Sexualidade e serviço social: perspectivas críticas, interseccionais e profissionais**. Juiz de Fora: UFJF, 2023.

DUARTE, M. J. O.; OLIVEIRA, D. F. S. LGBTQI+, vidas precárias e necropolítica em tempos da Covid-19: a interseccionalidade e a teoria queer em cena. **Em Pauta**: teoria social e realidade contemporânea, Rio de Janeiro, n. 48, v. 19, p. 153-168, jul./dez., 2021.

DUARTE, M. J. O.; OLIVEIRA, E. G. S. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT e seus desafios atuais. *In.*: DUARTE, M. J. O.; ROCON, P. C. (org.). **Dez anos da Política Nacional de Saúde Integral LGBT**: análises e perspectivas interseccionais e transdisciplinares para a formação e o trabalho em saúde. Salvador: Devires, 2022.

GASTALDI, A. B. F. *et al.* (org.). **Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2022**. Florianópolis: Acontece Arte e Política LGBTI+; ANTRA; ABGLT, 2023.

IRINEU, B. A. 10 anos do Programa Brasil sem Homofobia: notas críticas. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 14, n. 28, p. 193-220, jul./dez., 2014.

JUNQUEIRA, R. D. “Ideologia de gênero”: a gênese de uma categoria política reacionária – ou: como a promoção dos direitos humanos se tornou uma “ameaça à família natural”. *In.*: RIBEIRO, P. R. C.; MAGALHÃES, J. C. (org.). **Debates contemporâneos sobre educação para a sexualidade**. Rio Grande: FURG, 2017.

MENDES, W. G. *et al.* Revisão sistemática das características dos homicídios contra a população LGBT. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 5615-5628, nov., 2021.

NASCIMENTO, M. A. N.; DUARTE, M. J. O. Covid-19 e população LGBTQI+: os impactos da necropolítica aos corpos dissidentes. **REBEH** – Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, Cuiabá, v. 5 n. 17, p. 68-83, jul./dez., 2022.

PINTO, I. V. *et al.* Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], n. 23, supl. 1, E200006, 2020.

PRADO, M. A. M.; CORREA, S. Retratos transnacionais e nacionais das cruzadas antigênero. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 18, n. 43, p. 444-448, dez., 2018.

ROCON, P. C. *et al.* Acesso à saúde pela população trans no Brasil: nas entrelinhas da revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, e0023469, 2020.

ROCON, P. C.; DUARTE, M. J. O. CID-11 e população trans: nos caminhos da despatologização? *In.*: SODRÉ, F. *et al.* (org.). **Perspectivas teórico-metodológicas de análise em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Telha, 2022.

TEIXEIRA-FILHO, F. S.; RONDINI, C. A. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 651-67, 2012.

Aborto induzido em contextos de criminalização: o que a psicologia tem a ver com isso?

María Antonella Barone

Ricardo Pimentel Mello

Alexsandro Rodrigues

Mariane Lima de Souza

“Abortei para cuidar de minha saúde mental: sobre ativar a língua solta”

O título deste item se refere à frase verbalizada por uma pessoa que participou do Grupo de Estudos sobre Aborto (GEA), constituído como linha de pesquisa do Projeto de Extensão Permanente Grupo de Estudos e Pesquisas em Sexualidades (GEPs) do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo. Este Grupo de Estudos promove discussões multi e transdisciplinares sobre aborto, com foco na articulação prática entre o conhecimento científico e necessidades advindas da comunidade onde a universidade se insere. A proposta deste espaço é colocar em diálogo a produção acadêmico-científica com os saberes populares sobre aborto, a partir de uma perspectiva que visa a invenção de outras leituras e abordagens. Deste modo, o GEA propõe um maior envolvimento da universidade com a temática, entendendo-a como parte da área de Gênero e Sexualidades. Para isso, busca produzir conhecimentos atualizados sobre o assunto, sobretudo, com a problematização dos modos de sentir e pensar sobre o aborto que circulam na sociedade brasileira.

Tendo em vista o caráter transdisciplinar das pessoas envolvidas com o GEA, constituído por pesquisadoras, estudantes, docentes, ativistas, trabalhadoras e profissionais de áreas diversas, é possível elencar diferentes áreas implicadas no debate sobre aborto. Além disso, a metodologia estabelecida no grupo possibilita o ato de circular a palavra em relação aos efeitos que a produção de criminalidade traz para quem atravessa uma

prática abortiva. Ao longo destes seis anos de existência do GEA foi possível desenvolver diferentes estratégias para instalar o debate sobre o aborto na universidade por meio da promoção e/ou participação em palestras, seminários, congressos, fóruns de discussão dos movimentos sociais, publicações de textos e entrevistas na mídia jornalística e por meio de cartas públicas divulgadas em redes midiáticas.

Este texto busca recuperar parte das produções que foram elaboradas neste percurso, em debate e colaboração com muitas outras, outros e outros interlocutores. Somadas duas pesquisas sobre aborto concluídas em Programas de Pós-Graduação em Psicologia com mais uma em andamento, também nesta área de conhecimento, o ensaio pretende multiplicar reflexões que articulam conceitos, discussões e recomendações encontradas na literatura sobre aborto. Contribuições com potencialidade crítica para a compreensão desta problemática por parte da Psicologia, que deve estar atenta aos seus posicionamentos. Porque mesmo nas ações supostamente libertadoras, pode reproduzir, sem perceber, velhos clichês, que se somam a preconceitos e atitudes que podem vir a restringir a expansão da vida das pessoas que abortam:

A questão, portanto, não é se devemos ou não nos organizar, e sim, se estamos ou não reproduzindo os modos de subjetividade dominante, e isso em qualquer uma de nossas ações cotidianas inclusive de militância nas organizações. [Esta] se expressa num nível micropolítico [...]. A micropolítica tem a ver sim com a possibilidade de os agenciamentos sociais levarem em considerações as produções de subjetividade no capitalismo, problemáticas essas, geralmente deixadas de lado no movimento militante. (Guattari; Rolnik, 1996, p. 176)

“Abortei para cuidar da minha saúde mental” é um enunciado que traz uma série de implicações e desafios para a Psicologia, pois se constitui como área de conhecimento que trabalha, entre outras coisas, com a problematização das construções de gênero, com a despatologização de diversos modos de habitar o corpo e a sexualidade, assim como na politização das formas sócio-históricas e estruturais que causam sofrimento. Neste

sentido, a inclusão de conteúdos sobre o tema aborto é fundamental para a criação de uma "caixa de ferramenta" conceitual e prática para a área da Psicologia que possa estabelecer abordagens que prescindam da produção e ampliação de dores e de traumas em relação ao aborto, como se a pessoa que aborta não tivesse direito de existência e a Psicologia reproduzisse "instâncias de superego e instâncias de inibição" (Guattari; Rolnik, 1996, p. 417). Ou seja, nosso posicionamento no campo psi, consiste em explicitar/ensaiar uma resposta para as perguntas: quais modos de subjetivação colaboramos para operar ou efetuarem-se? Nossos posicionamentos amplificam e/ou impedem determinados modos de viver? Perpetuamos sofrimentos de pessoas que abortam, contribuindo com o desamparo diante de uma situação de aborto? Nesse campo intensivo de forças que irrompem com o tema aborto, quais vias de passagem a Psicologia proporciona para uma pessoa que aborta? A Psicologia que praticamos favorece processos de subjetivação singulares que expandam a vida destas pessoas para além da repetição de sofrimentos?

Isso implica também nos posicionarmos sobre o conceito de "saúde mental" expresso na frase em que encabeça nosso texto:

Doença mental, a meu ver, não pode se definir sob um único aspecto. Ela envolve sempre elementos de ordem pessoal, [...], relações de ordem sexual, relações de casais, relações no seio da família, problemas de ordem microsocial, dimensões institucionais, questões de trabalho, [...], de modo de vida. Ela envolve, inclusive, dimensões econômicas e dimensões de ordem moral, estética e religiosa. [...] mesmo que o que aparece seja unicamente um sintoma no corpo. (Guattari; Rolnik, 1996, p. 247)

Com a emergência da tradição cartesiana, os estudos filosóficos passaram a focalizar o interior de nosso mundo mental, adotando, assim, o princípio da interioridade do sujeito em oposição à exterioridade do mundo. O conhecimento, nessa tradição, é entendido como o resultado de processos mentais que consistem na exploração de uma realidade exterior e na representação desta na mente das pessoas. (Cordeiro, *et al.*, 2023, p. 21)

Com essas citações e os estudos desenvolvidos por Foucault (1978; 1984), podemos entender que a “doença mental” e seu correlato a “loucura” são construções histórico-culturais. Em questão está o estatuto do corpo como menor diante da alma, substituída pela mente: corpos considerados naturalmente sexuais e binariamente divididos segundo a tradição judaico-cristã (Méllo, 2012). A Idade Moderna com a suas ciências psi (Psiquiatria, Psicanálise e Psicologia), distinguiram as patologias mentais das patologias orgânicas, cujo fundamento advém da criação do conceito de loucura que, por sua vez, está sustentado na normalização do que é normal em contraposição ao que é anormal ou patológico.

À dicotomia corpo-alma, segue a dicotomia normal e patológico. É compreensível que “o médico geralmente tira a norma de seu conhecimento da fisiologia, dita ciência do homem normal, de sua experiência vivida das funções orgânicas, e da representação comum da norma em um meio social em dado momento” (Canguilhem, 2009, p. 39) mas o psicólogo agir do mesmo modo é no mínimo “servidão voluntária” a um outro campo. É nesse sentido que a temática do aborto traz uma série de desafios para uma psicologia que consiga pensar para além das perspectivas organicistas, essencialistas, biologicistas e patologizantes que estabelecem destinos “naturais” a determinados corpos em função do trabalho reprodutivo, por exemplo (Federici, 2019). Assim, a psicologia deve estar atualizada e compromissada para entender o aborto como uma prática para conseguir criar vias de passagem que não restrinjam as vidas das pessoas que abortam. Porque o aborto é uma prática comum na vida (não) reprodutiva das pessoas de todas as classes sociais, segundo constatarem dados da Pesquisa Nacional de Aborto (Diniz; Medeiros; Madeiro, 2017). A Organização Mundial da Saúde calcula que ocorrem no mundo cerca de 55 milhões de abortos no mundo e 45% destes são realizados de modo inseguro, isto é, como um “procedimento para interromper uma gravidez realizada por pessoas sem as habilidades necessárias ou em um ambiente não conforme com padrões médicos mínimos, ou ambos” (Ganatra, *et al.*, 2014, p. 155).

Em debate, a Câmara dos Deputados, alertou que no Brasil cerca de 800 mil mulheres praticam abortos todos os anos. Dessas, 200 mil recorrem ao SUS para tratar as sequelas de procedimentos malfeitos (Câmara dos Deputados, 2014). O aborto é o quinto maior causador de mortes no Brasil (OPAS, s/d). De acordo com a PNA (2017), aproximadamente uma em cada cinco mulheres já fez pelo menos um aborto até os 40 anos de idade, com taxas mais altas detectadas entre as entrevistadas com menor escolaridade, mulheres negras e indígenas e mulheres residentes em regiões mais empobrecidas. Aqui se torna necessário dizer que, embora se reconheça a importância de pesquisas e informes estatísticos nacionais, estes geralmente se baseiam somente em experiências de mulheres cisgênero, supondo que são as únicas sujeitas a se praticar um aborto. Além disso, é difícil dimensionar a magnitude destas ocorrências por conta da subnotificação, não sendo contabilizados os abortos de todos os corpos que gestam e que não se encaixam na categoria “mulheres”, circunscritas em normas binárias e heteronormativas para os gêneros (Barone; Rodrigues; Rocon, 2021). Somado a isso, temos o silenciamento produzido pela punição e pela produção de criminalidade do aborto induzido por parte das instituições, sejam elas a família, a igreja, o Estado, a Justiça e, até mesmo, profissionais de saúde. Lembrando também que, de modo geral, estas pesquisas coletam os dados de mulheres moradoras em áreas urbanas, sem acessar às realidades de abortos acontecidos em territórios periféricos e em áreas rurais (Jacobs, 2022).

A produção de conhecimento sobre o aborto considerado como uma prática, contribui fundamentalmente para processos de desestigmatização e despenalização social de uma ocorrência habitual na vida (não) reprodutiva das pessoas. Assim, produzir conhecimento sobre o aborto a partir de uma escuta atenta e cuidadosa das vivências e das experiências das pessoas que gestam e abortam promove uma transformação dos modos de sentir, pensar e agir da sociedade, rumo a um conhecimento pela implicação com essa problemática e já não desde a punição e coibição das possibilidades de acesso a esta prática.

Colonização do desejo e politização do mal-estar: o aborto como uma prática possível

O aborto é uma prática presente na vida e realidade cotidiana das pessoas, e consequentemente, o debate precisa ser amplificado. Na América Latina, o debate sobre aborto gera controvérsias em torno de direitos (não) reprodutivos, seja pelas suas implicações morais, ideológicas, jurídicas, políticas, mas sobretudo porque põe em tensão a afirmação e a autodeterminação sobre a sexualidade e a (não) reprodução.

No Brasil, o aborto ainda é considerado crime contra a vida, sendo tipificado nos artigos 124 a 126 do Código Penal Brasileiro desde o ano 1940. Ainda que o aborto seja criminalizado no país, ele não é punível em gestações decorrentes de estupro ou quando a gravidez representa risco de vida à gestante. Aliás, em casos de fetos anencéfalos, quando não há uma formação do sistema nervoso, as gestações também podem ser interrompidas legalmente. Contudo, apesar das exceções de punibilidade ao aborto, ainda há pouca informação sobre a disponibilização do serviço de aborto previsto em lei no Brasil e sobre como é a efetivação do acesso, além de que mesmo nas situações em que é um serviço oferecido pelo SUS, o aborto ainda é estigmatizado, o que contribui para a falta de difusão de informação e dificuldade de acesso ao atendimento (Jacobs, 2021).

A proibição legal não é eficaz em seu objetivo de inibir a prática, apenas encarcera e mata, particularmente mulheres negras e empobrecidas ao mesmo tempo em que cerceia o direito ao aborto livre e seguro. A proibição da prática abortiva configura-se como um dispositivo que opera nas lógicas de precarização das vidas e na negação sistemática do acesso à prática em condições de segurança, violando direitos fundamentais e a partir de uma seletividade penal que opera sobre os corpos (Schuwarden; Barone, 2021). Segundo a PNA (2021) fica evidente a necessidade de um olhar crítico das políticas voltadas à justiça reprodutiva no Brasil, que vise uma perspectiva integrada que abranja desde a discussão sobre sexualidade e gênero, até a descriminalização do aborto, uma vez que o perfil geral das pessoas que abortam, inclui mulheres de todas as faixas etárias,

religiões, níveis de escolaridade, raças, classes sociais e regiões geográficas.

Esse texto busca então resgatar a importância de incorporar o tema aborto às discussões/saberes construídos no campo sobre sexualidade e gênero, que é um campo temático transdisciplinar. Porque refletir sobre o aborto como parte integrante dos estudos sobre Gênero e Sexualidades significa “tirar o aborto do armário” (Darioli, 2019). Considerar o aborto como uma “prática” significa pensar e sentir o aborto como parte da vida cotidiana das pessoas, tornando-o assim, possível e experienciável: não é assim que se considera uma gravidez seguida de prática de parto? (Barone, 2022). Defendemos que o aborto faz parte de um repertório de práticas que competem à produção de conhecimento sobre gênero e sexualidades porque é possível debatê-lo em relação ao sujeito de agência política do aborto: lésbicas, homens trans, pessoas transmasculinas, pessoas não binárias e outras pessoas assignadas ao gênero feminino ao nascer, estão tensionando a pauta e colocando seus corpos marcados pelo aborto em diálogos e disputas com conceitos como justiça reprodutiva e aborto trans (Radi, 2020).

Aqui nos referimos à prática abortiva como uma ação material de induzir e iniciar um processo de expulsão de um produto gestacional, o que orienta a utilização dessa expressão, tem a ver com uma afirmatividade/positividade em torno do induzir e do fazer acontecer aquilo que se considera melhor para si (Barone, 2018). O dispositivo aborto é expresso em uma prática que demanda ações que agenciam diversos atuantes (companhias afetivas, medicamentos, substâncias, plantas, parteiras, médicas, crenças, legislação etc.), deveria ser analisado e compreendido não pela função de censura/proibição do moralismo falocrata, patriarcal e heterocisnormativo/reprodutivo, mas pela positividade dos conceitos e estratégias que gera em quem o pratica, advindos de uma escolha “pela saúde mental” ou pelo “cuidado de si”. Aqui entendido como cuidado à saúde integral sem divisões binárias: “uma ética que se alie ao cuidado com a fluidez da vida, afirmando diferenças, multiplicidades e evitando que a vida pareça estagnar” (Mélló, 2018, p. 21). Cuidado que se sustenta em

práticas de liberdade e autonomia “que monte estratégias variadas para a arte da vida fluir” (Méllo, 2018, p. 74). Cuidar sem prejudicar, mas entender que pessoas tomam decisões afirmativas pela vida ao praticar aborto.

Nesse sentido, utilizamos a expressão “prática abortiva” como um modo de afirmar que o aborto é uma das práticas possíveis, logo constatada uma gravidez. Se o aborto é um evento frequente na vida sexual e (não) reprodutiva das pessoas, precisamos assumir esse debate como parte das áreas que se debruçam sobre temáticas de gênero e sexualidades, em nosso caso, na Psicologia. Segundo previsto no Código de Ética Profissional do Conselho Federal de Psicologia (2005), a Psicologia brasileira tem o compromisso de exercer uma atuação capaz de realizar uma análise crítica e histórica da realidade política, econômica, social e cultural, também, nos mais diversos campos em que a questão da sexualidade e reprodução possam se apresentar. No que diz respeito a orientações e normativas vigentes, a Psicologia conta com uma diretriz que determina que a categoria profissional deve se manifestar e promover ações que visem a despenalização e a legalização do aborto no Brasil. Também defende o acolhimento e escuta para pessoas em situação de aborto (CPF, 2012).

Note-se que os posicionamentos do Conselho Federal de Psicologia, ainda, são dirigidos às mulheres como únicos sujeitos nomeados em condição de gestantes e abortantes. Lembrando que as mulheres cis não são os únicos corpos que engravidam e abortam (Lowik, 2018; Radi, 2018; Barone, 2020) e o nosso argumento em relação à implicação da Psicologia com esse tema, reside na integração de conteúdo sobre aborto quando se dispõe às abordagens das temáticas correspondentes ao gênero e às sexualidades. Sobretudo quando o aborto ainda é colocado como prática possível só para as mulheres cis, ainda quando corpos de pessoas trans e não binárias estão colocando em questão esse atravessamento de gênero no debate sobre o aborto.

O tema do aborto continua ausente nos conteúdos programáticos vinculados ao gênero e às sexualidades, ainda mais quando se trata dos abortos trans, motivo pelo qual, se temos Psicologias que se debruçam so-

bre áreas temáticas como a do gênero, ainda vamos ter um déficit de inclusão do tema do aborto como parte integrante dessas áreas temáticas. Então, defender a integração do conteúdo do aborto em programas que abordam questões de gênero e sexualidade, tem a ver com não falar em aborto só como questão de saúde pública, senão também como uma prática que forma parte da vida sexual e (não) reprodutiva das pessoas, da planificação familiar e do projeto de vida de mulheres cis, de pessoas trans e não binárias.

Para produzir um novo campo de repertórios possíveis para a Psicologia, a inclusão de conteúdo sobre aborto nas abordagens em gênero e sexualidades, é fundamental para contribuir à criação e ativação de outros processos de subjetivação distintos à punição e criminalização dos projetos de vida das pessoas que gestam e abortam. A integração de conteúdo sobre aborto contribuiria para a redução de estigma e, assim, evitar riscos relacionados aos efeitos negativos que a penalização traz para esses corpos.

Deste modo, se apresenta um desafio para a Psicologia contribuir para criar outros repertórios e modos de viver, modos de subjetivação, que se afastem da produção de dores, traumatizações e padecimentos, e se aproxime de uma politização do mal-estar que é gerado quando se fala sobre aborto. Suely Rolnik (2018) manifesta que é necessário fazer um trabalho que intervenha na esfera das subjetividades que se disponha à politização do mal-estar para que seja possível um processo de descolonização do desejo. Assim, para dar alguns passos no avanço de algum tipo de mudança nos modos de sentir, pensar e agir em relação ao que restringe e espalha a vida, precisamos empreender um trabalho para descolonizar os desejos que fazem parte de determinado repertório cultural patriarcal e falocêntrico e que formatam a existência. Desde essa perspectiva, politizar o mal-estar tem a ver com um processo de desestabilização das formas que moldam e aculturam os modos de viver, para dar passagem às forças que como embriões de outros mundos, permitem que a vida se afirme, também, a partir da prática do aborto (Rolnik, 2018).

Compete ao campo de conhecimentos da Psicologia problematizar os modos de pensar e agir em torno do aborto ancorados em um repertório cultural que pode ser olhado pela perspectiva da colonização dos desejos. Uma colonização que impede uma leitura e uma aproximação do aborto como uma prática, mas produz compreensões e entendimentos do aborto pela via da punição, pela produção de criminalidade e pela afirmação da dor. Há uma tendência em atribuir à experiência do abortamento em si, consequências para a saúde, tornando o aborto também um fator relacionado ao desencadeamento de problemas de “saúde mental”. Mas, ainda que tenha se vinculado a prática abortiva com situações traumáticas e de adoecimento (Zanello; Porto, 2016), é possível perceber que não é a prática abortiva em si, senão determinados modos de pensar o aborto, os que produzem sofrimento e morte. É o caso da produção de criminalidade em torno de uma prática não reprodutiva, como é a abortiva e sobre a qual, frequentemente, diversos atores e instituições se atribuem autoridade para prescrever formas de viver, julgando e desqualificando-a. Assim, criminalizado, vigiado e punido, o aborto resulta em uma ação que coloca situações de precariedade para quem o pratica e à sua comunidade: por meio do processo de criminalização junto com as normativas vigentes e proibicionistas se produz adoecimento, sofrimento e morte.

Aborto como alteridade e despenalização das práticas de liberdade

Afirmar o aborto como uma prática significa compreendê-lo como alteridade, e, portanto, singular. A prática abortiva é experimentada na singularidade de cada pessoa, sobretudo considerando os marcadores sociais implicados na experiência abortiva, como classe, raça, gênero, orientação sexual, identidade de gênero, idade, diversidades funcionais, região geopolítica, entre outros. Se nos propomos possibilitar uma escuta ativa que recupere um regime de sensibilidade múltipla e polifônica, outras realidades sobre o aborto se farão presentes, oportunizando assim, a emergência de narrativas que entendem a prática como alteridade para pensá-la fugindo das capturas da lógica da reprodução heterocisnormativa.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) assinalou a impossibilidade de estabelecimento de relação entre a prática abortiva em si e a saúde mental. De acordo com a avaliação do grupo de trabalho sobre saúde mental e aborto da Associação Americana de Psicologia (APA, 2009), fazer um aborto não aumenta o risco de depressão, ansiedade ou transtorno de estresse pós-traumático. Essa pesquisa concluiu que os problemas de saúde mental após o aborto estão associados a fatores de risco pré-existentes, como terminar uma gravidez que é desejada, pressão de terceiros para interromper a gestação, a oposição ao aborto dos parceiros, família ou amigos, a falta de apoio de outros e vários traços de personalidade (como falta de autoestima e pessimismo) e antecedentes de problemas de saúde mental anteriores à gravidez. Assim, não há suporte empírico que demonstre que quem induz um aborto apresente maior risco à saúde mental de quem decide não interromper a gestação, mas sim é possível identificar determinadas práticas de uma Ciência Psicológica que contribui para a estigmatização que violenta as pessoas que abortam (Gonzaga, 2022).

Segundo Suely Rolnik (2018), a psicologia pertence ao dispositivo colonial e capitalístico que nasceu como uma narrativa que legitima e normaliza os modos dominantes de subjetivação. Nomeadamente no Brasil, a própria tradição psicológica emergida no centro dos impérios coloniais e patriarcais europeus, e então atravessada desde suas origens por estruturas de opressão colonial e sexual, precisa de um duplo processo de descolonização e de despatriarcalização (Rolnik, 2018). A psicologia em junção com a psiquiatria, se edificou discursivamente como estratégia para processos de patologização das experiências sexuais e de gênero que não se correspondem com a norma. Os saberes produzidos pela psicologia alinhada com o paradigma biomédico, têm fortalecido o sistema dominante de sexo-gênero, promovendo uma perspectiva do “desviante” (anormal) e transtorno (doença). Isso também reflete nas abordagens sobre o aborto, por exemplo, quando são descritos sentimentos negativos associados à prática, sob perspectivas adotadas por pesquisas que tratam o aborto a partir de uma leitura individualista e patologizante, desconsiderando os

aspectos sociais e políticos envolvidos e o fato de que a própria experiência da maternidade também pode gerar sofrimento (IPAS, 2020).

Michel Foucault se debruçou sobre o modo como nos tornamos sujeitos objetivados por meio das ciências, classificados em normais e anormais, disciplinados e vigiados, forjando tecnologias para constituir um “eu”: uma subjetividade. Para isso, ele analisou os delineamentos do saber de uma época, mostrando como são constituídos de diferentes formas em cada “episteme”, como modo a responder a diferentes necessidades. O autor analisou o modo como o saber se dispõe para ir constituindo, fabricando temáticas e produzindo verdades, aceitas como certezas universais e inquestionáveis, ainda que o saber, segundo Foucault (1994), é organizado em torno da normalização, que objetiva controlar sujeitos em suas existências.

Nesse sentido e seguindo o autor, os saberes e práticas geradas pela psicologia e baseadas numa visão normativa e polarizada sobre gênero e sexualidades, constituíram deste campo um espaço chave para os processos de intervenção sobre os modos de viver e habitar o corpo. Desde esta perspectiva, desde a qual o sujeito se modifica por meio daquilo que conhece, o que leva a construir novas formas de subjetividade, torna-se fundamental analisar o aborto a partir do modo como o saber de cunho científico produzido sobre ele, tem agido até então. Porque esses saberes têm um importante papel na constituição de verdades que criam diversos tipos de subjetividades com as quais olhamos para o aborto.

Uma ideia recorrente que ainda circula na área da Psicologia e que é muito utilizada pelos grupos que se opõem à descriminalização e legalização da prática abortiva, é em relação às supostas sequelas mentais deixadas pela realização de um aborto, como depressão, suicídio ou uso de substâncias (APA, 2008). Na psicologia até se criou a existência de uma “síndrome pós-aborto”. Esse tipo de verdades científicas que colocam ao aborto como aquilo da ordem do indesejável e do perigoso, podem ser contestadas à luz de outras perspectivas que vão ouvir às experiências das mulheres que abortam. Essas outras perspectivas, com abordagens diferenciadas mos-

tram que elas afirmaram que ter tomado decisões sobre sua própria reprodução: melhorou seus sentimentos de controle sobre suas vidas em geral, proporcionou-lhes uma nova perspectiva para desenvolver um projeto de vida e/ou lidar com a violência (Belfrage, *et al.*, 2020). E essa deveria ser a ética que nos conduza: a de uma escuta atenta e cuidadosa das narrativas das experiências abortivas e aborteiras que muito tem a ensinar à área da Psicologia,

Como já explicitado e segundo a APA (2009), não existe relação comprovada entre aborto e danos para a saúde mental. O que pode deixar sequelas negativas e indesejadas é a imposição de levar adiante uma gravidez ou a obrigatoriedade de ouvir os batimentos cardíacos do feto, que opera como uma "chantagem emocional" para as pessoas que querem abortar (Camazón, 2023). Nessa direção, o regulamento das leis brasileiras, alinhado a uma Psicologia de tradição patriarcal e colonial, amante das verdades universais, favorece a que o aborto seja praticado na clandestinidade. Isto nos leva a ter que conversar sobre os impactos que a produção de criminalidade gera na saúde mental, porque o processo de criminalização em torno do aborto, traz consequências que se configuram como um fator de risco para as subjetividades e a saúde integral das pessoas que o praticam. A produção de criminalidade em torno do aborto, além do impacto estigmatizante na vida de alguém, esculpe a constituição de modos de viver e a maneira como nos percebemos. Então, toda vez que se associa aborto à culpa, emerge sofrimento e mal-estar advindos da criminalização. Como assinala Suely Rolnik (2018), a cada regime, a cada contexto histórico, a cada tipo de sociedade, lhe corresponde um modo de produção e funcionamento de modos de subjetivação. A autora sublinha que tais modos de viver outorgam consistência a um regime politicamente fascista.

Enfatizamos neste ensaio a postura política de que não é possível alterar práticas que restringem, punem e criminalizam os corpos abortantes, sem visar uma luta micropolítica alterando os argumentos que sustentam esse repertório cultural (Rolnik, 2018). Precisamos criar outras paisagens, imagens, cenários em torno do aborto, que só advêm com ações

de cuidado que se ampliam em direção à alteridade. É porque a vida quer continuar perseverando que o aborto se torna uma prática de cuidado, uma prática de liberdade.

Para compreender o aborto como uma prática de cuidado, primeiramente é necessário reconhecer os enquadramentos que - como profissionais cuja formação é ainda atravessada por padrões de normalidade e anormalidade-, fazem com que nossas ações sejam avaliadas por meio de códigos morais, negligenciando a alteridade que cuida, para julgar as práticas consideradas desviantes da norma (Mélio, 2018). Quando o aborto se pensa pela via da alteridade, a escuta sobre as engrenagens que operam como uma prática de cuidado, se faz iminente. Existem algumas condições para que o aborto seja julgado, punido e criminalizado, como explicitávamos anteriormente, em relação à colonização dos desejos que impedem a expansão de outros modos de habitar o corpo e a sexualidade, a partir da prática abortiva. Mas também existem condições de criação que possibilitam uma amplificação de modos de existência em relação à produção de desejos e narrativas "aborteiras" e "trans-aborteiras". É o caso de se pensar no aborto como uma prática de cuidado, por compreendê-lo como alteridade que visa à valorização de uma vida que já se faz singularmente, à promoção da autonomia e ao exercício de práticas de liberdade.

Desse modo, se faz uma operação que inverte a questão para criar outros modos de pensar sobre o aborto. Pensamos, então: como o acesso livre e seguro à prática abortiva beneficia a saúde mental das pessoas que gestam e abortam? Como as práticas de cuidado para as pessoas em situação de aborto contribuem para a saúde mental de uma família, de uma comunidade? Como é possível pensar em práticas de cuidado e redução de danos relacionados ao aborto para diminuir os impactos negativos na saúde mental das pessoas que abortam? "Abortei para cuidar da minha saúde mental" se faz novamente presente ao final deste texto, uma vez que se constitui como um enunciado que contesta as posturas autoritárias do aparelho moral e jurídico para se constituir em práticas de cuidado para quem gesta e aborta

Considerações para continuar pensando

Ao resgatar alguns fios das reflexões suscitadas nestes anos de pesquisa na área da Psicologia, podemos dizer que a relação que é estabelecida entre o aborto induzido e a saúde mental, é uma questão que envolve aspectos vinculados a interesses específicos de controle sobre os corpos e os seus eventos (não) reprodutivos. Então podemos dizer que é uma questão política. É por isso que nos concentramos em aspectos de processos de subjetivação que coloquem o aborto como uma prática possível, como alteridade e relacionada a mais um evento na vida das pessoas, assim como uma prática de parto, quando a gravidez é levada a termo.

Aborto é uma temática que precisa ser abordada como mais uma questão relacionada a gênero e sexualidades, uma vez que falar em aborto significa colocar em xeque toda uma estrutura biopolítica que rege os modos de viver das pessoas que menstruam, gestam, parem e abortam. E aqui enfatizamos a necessidade de questionar acerca do sujeito político do aborto, uma vez que, como temos dito, as pessoas trans e não binárias também gestam e abortam.

Desse modo, se a criminalização do aborto é o que produz adoecimento e morte, nos resta pensar nos benefícios para a saúde mental que traz o acesso a um aborto como prática de cuidado e prática de liberdade. E a Psicologia tem muito a ver com isso.

Referências

APA. **Mental Health and Abortion**. APA Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: The American Psychological Association 2008.

BARONE, M. A. Gestar y abortar para los hombres trans: una revisión de literatura científica. **Revista Controversia**, [S. l.] n. 215, p. 43-73, 2020.

BARONE, M. A. **Narrativas-trans-aborteiras**: o aborto desde uma perspectiva trans e uma aproximação queer/cuir. 2022. 200 p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2022.

BARONE, M. A. **Senhoras de si**: problematizando as incidências das biopolíticas nos corpos que sangram e co-produzindo narrativas que (re)inventam a vida a partir da prática do aborto. 2018. 161 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

BARONE, M. A., ROCON, P. C., RODRIGES, A. Bruxas, loucas ou más: aborteiras no entre de feitiços e problemas. *In.*: ANDRADE, B., *et al.* (org.). **Diversidade sexual, étnico-racial e de gênero: temas emergentes**. Salvador: Devires, 2021. p. 171-192.

BARONE, M. A., SCHUWARTEN, M. Nem presa, nem morta: reflexões sobre a produção de criminalidade em relação ao aborto à luz da ADPF 442 do Brasil e o projeto IVE da Argentina. *In.*: **Fazendo Gênero 12**: Lugares de fala: direitos, diversidades, afetos. Florianópolis: UFSC, 2021.

BELFRAGE, M., ORTIZ RAMÍREZ, O., SORHAINDO, A. Story Circles and abortion stigma in Mexico: a mixed-methods evaluation of a new intervention for reducing individual level abortion stigma. **Culture, Health & Sexuality**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 96-111, 1 abr. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2019.1577493>.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Aborto é um dos principais causadores de mortes maternas no Brasil. **Câmara dos Deputados**, [S. l.], 25 nov. 2014. Seção TV. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/tv/445740-aborto-e-um-dos-principais-causadores-de-mortes-maternas-no->

brasil/#:~:text=O%20aborto%20%C3%A9%20o%20quinto,Geografia%20e%20Estat%C3%ADstica%20(IBGE). Acesso em: 10 jul. 2023.

CAMAZÓN, A. Los psicólogos advierten que escuchar el latido fetal puede hacer “chantaje emocional” a las mujeres que quieran abortar. **El Diario**, Espanha, 2023. Disponível em: https://www.eldiario.es/castilla-y-leon/sociedad/psicologos-advierten-escuchar-latido-fetal-chantaje-emocional-mujeres-quieran-abortar_1_9863167.amp.html. Acesso em: julho de 2023

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Carta de Posicionamento do Conselho Federal de Psicologia a favor da descriminalização e legalização do aborto no Brasil**, 2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/fp-defende-descriminalizacao-legalizacao--aborto-brasil/>. Acesso em: março de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos**, Resolução nº 10/05, 2005.

CORDEIRO, M. P., LOPES, F. T., BRIGAGÃO, J. I., RASERA, E. F. (org.). **Diálogos sobre construcionismo social: entrevistas com Kenneth Gergen, Lupicínio Íñiguez-Rueda, Mary Jane Spink e Tomás Ibáñez**, Curitiba: CRV, IPUSP, 2023.

DARIOLI, S. **El aborto sale del closet: la construcción de la noticia durante el tratamiento del Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina: el caso del diario La Capital de Rosario, durante el 2018**. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Comunicação Social) – Faculdade de Ciência Política e Relações Internacionais, Universidade Nacional de Rosario, Rosario, 2019.

DINIZ, D., MEDEIROS, M., MADEIRO, A. National Abortion Survey - Brazil, 2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 28, n. 6, p. 1601-1606, jun. 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023286.01892023>.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução**: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

GANATRA, B., *et al.* From concept to measurement: operationalizing who's definition of unsafe abortion. **Bulletin Of The World Health Organization**, [S. l.], v. 92, n. 3, p. 155-155, 1 mar. 2014. WHO Press. <http://dx.doi.org/10.2471/blt.14.136333>.

GONZAGA, P. R. B. Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: urgências para a formação profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 42, n. spe, p. e262847, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003262847>.

GUATTARI, F., ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do Desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

IPAS. **La historia completa:** Incidiendo por educación integral en sexualidad que incluya contenido sobre el aborto. Carolina del Norte: Chapel Hill, 2020.

JACOBS, M. G., BOING, A. C. Acesso universal e igualitário? O desafio na oferta do aborto previsto em lei pelo Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 31, n. 4, p. 1-9, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902022210179pt>.

JACOBS, M. G., BOING, A. C. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019? **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 37, n. 12, e00085321, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00085321>.

LOWIK, A. J. **Gendered and Reproductive Becomings: Trans People, Reproduction and the B.C. Health Care System**. 2021. Thesis (Doctor of Philosophy) - The University of British Columbia, Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies (Gender, Race, Sexuality and Social Justice), 2021. <https://open.library.ubc.ca/media/download/pdf/24/1.0406081/4>

LOWIK, A. **Servicios de aborto trans-inclusivos:** un manual para hacer operativas las políticas y prácticas trans-inclusivas en un entorno de aborto. Canada: FQPN and National Abortion Federation, 2018. Disponível em: <https://www.ajlowik.com/publications#/transinclusive-abortion>. Aceso em: 15 ago. 2023.

MÉLLO, R. P. Corpos, heteronormatividade e performances híbridias. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 197-207, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822012000100022>.

MÉLLO, R. P. **Cuidar? De quem? De que?:** A ética que nos conduz. Curitiba: Apris Editora, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde materna**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-materna>. Acesso em: 10 jul. 2023.

RADI, B. Mitología política sobre aborto y hombres trans. **Sexuality Policy Watch**, 2018. Disponível em: <https://sxpolitics.org/es/3945-2/3945> . Acesso em: jun. 2023.

ROLNIK, S. **Esferas da insurreição**: Notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: N-1 Edições, 2018

ZANELLO, V., PORTO, M. **Aborto e (não) desejo de maternidade(s)**: questões para a Psicologia. Brasília: CFP, 2016.

A rede de saúde mental e o trabalho com homens autores de violência: a perspectiva dos profissionais de CAPS

Bárbara Almeida da Silva

Ivânia Jann Luna

Adriano Beiras

O trabalho em rede sobre saúde mental vinculado ao trabalho psicossocial e jurídico com homens autores de violência (HAV) tem sido um desafio no contexto nacional brasileiro. Estudiosos do tema apontam esta dificuldade e a necessidade de problematizar o atendimento a este público de maneira que cada serviço envolvido conheça sua potencialidade e mantenha conexões intersetoriais atualizadas, trabalhando em conjunto. Um dos estudos recentes, de Beiras *et al.* (2021), em que foi realizado um mapeamento nacional dos grupos reflexivos para HAV, trata em suas recomendações sobre critérios mínimos que devem nortear estes serviços, bem como da necessidade do trabalho integrado dos setores de saúde, assistência social, segurança pública, judiciário e daqueles destinados às mulheres vítimas.

Nesta complexa rede de enfrentamento, a violência de gênero é trazida de forma diferente por setores aos quais a política incide e em que se torna foco de intervenção. Por exemplo, ganha linguagem, técnicas e metodologias singulares ao projeto institucional de cada serviço. Assim, as ideias sobre a violência podem resultar em noções de crime, como é circunscrita na justiça, em noções de doença, próprias do campo da Saúde (Schraiber; D'Oliveira, 1999) ou em noções educativas e pedagógicas, como propõe a Secretaria de Políticas para Mulheres. Estas racionalidades têm implicações operacionais variadas e podem dificultar o estabelecimento de parcerias intersetoriais a projetos comuns de enfrentamento à violência de gênero, resultando em ações fragmentadas e desarticuladas.

Portanto, para a integração e articulação intersetorial de projetos que lidam com esta demanda, é fundamental analisar quais setores, componentes da rede e práticas dialogam entre si tanto em relação às suas dificuldades quanto às potencialidades.

Este capítulo tem por objetivo discutir o contexto intersetorial relativo à rede de saúde mental implicada no enfrentamento à violência de gênero e deriva da pesquisa qualitativa intitulada "Interfaces entre o trabalho com homens autores de violência e a rede de saúde mental: frentes de ação para o enfrentamento da violência de gênero"¹. O estudo empírico realizado com os profissionais de CAPS busca contribuir com os diálogos para o atendimento intersetorial qualificado ao HAV tanto na rede de saúde mental como no sistema de Justiça, problematizando ações pautadas em explicações cartesianas de causa e efeito, reducionistas e/ou binárias de gênero. A pesquisa realizada fundamenta-se no alinhamento dos aspectos teóricos e metodológico-interventivos do campo das Políticas Públicas de Saúde Mental com os princípios norteadores dos Programas de grupos reflexivos com HAV. Ademais, realizou-se revisão de literatura não-sistemática sobre os trabalhos e metodologias empregadas com HAV em sua associação com o referencial teórico dos estudos críticos de gênero, masculinidades e do feminismo pós-identitário, bem como, em documentos normativo-legais que concebem a Rede de Enfrentamento à violência de gênero, a fim de analisar as concepções governamentais e científicas sobre o tema e estratégias empregadas ao seu combate. E por fim, articulou-se estas perspectivas aos conceitos do campo da Saúde Mental e da Saúde do Homem.

Partindo deste escopo teórico, no primeiro e no segundo tópico deste capítulo será realizada a articulação conceitual que aproxima o debate do enfrentamento à violência de gênero, os programas com HAV e o campo da Saúde. No terceiro tópico serão apresentados os dados das entrevistas com os profissionais acerca dos tensionamentos e potencialidades do trabalho com HAV no CAPS, discutindo os atributos para o enfrentamento

¹ Realizada no Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

à violência que este equipamento oferece. Propõe-se neste capítulo o fortalecimento dos dispositivos de saúde mental como pontos de atenção a HAV, em articulação com os Programas derivados da Lei Maria da Penha aos quais eles são encaminhados, com a intenção de buscar estratégias de saúde mais ampliadas de combate à violência de gênero que envolvam os homens em seus territórios.

Programas com HAV e a intersetorialidade da rede de enfrentamento à violência de gênero

O conceito de enfrentamento parte da ideia de que a efetivação da prevenção e do combate à violência contra as mulheres inclui ações voltadas aos HAV, além da assistência propriamente dita às vítimas. Programas provenientes principalmente de organizações não-governamentais, que empreendem tal ideia de enfrentamento à violência a partir de ações com os próprios autores, já existiam no Brasil desde a década de 70², mas são fortalecidos no Brasil a partir do maior incremento normativo-legal. Com a valorização social do tema da violência contra a mulher que inicia com as lutas feministas, além de fortes mudanças legislativas, Políticas que protegem os direitos das mulheres são impulsionadas.

Neste contexto, a Lei Maria da Penha nº11.340/06, estabelece um maior rigor penal aos casos de violência e traz como inovação no Parágrafo Único do Art. 45 a previsão de encaminhamentos de HAV a serviços de “recuperação e reeducação”, o que abre espaço para a institucionalização da oferta dos programas com este fim. Em 2011 a Secretaria para Políticas de Mulheres (SPM³) orienta os referidos Serviços para os objetivos

² O Instituto Noos (www.noos.org.br) tem o pioneirismo da atuação nesta área, originadas dos trabalhos de prevenção à violência intrafamiliar e de gênero, que hoje encontram-se sistematizados e ganham destaque nacional.

³ A SPM é um órgão criado com a intenção de direcionar recursos e transversalizar os temas relativos à gênero nas políticas em todas as esferas de governo.

de conscientização dos agressores, desconstrução de estereótipos de gênero e construção de masculinidades que se contraponham à hegemônica (Brasil, 2011).

Apesar do avanço do reconhecimento da importância das intervenções psicossociais com HAV, atualmente estes Programas se mantêm com baixa distribuição nos territórios nacionais, bem como carecem de diretrizes mais elaboradas que norteiem suas práticas e investimentos necessários à sua estruturação. Segundo o mapeamento nacional de Beiras, Nascimento e Incrocci (2019), se não há regulamentação dos Programas com HAV, o trabalho é realizado a partir de múltiplas metodologias e referenciais teóricos, com diferentes éticas que regem cada categoria profissional e objetivos políticos aos quais eles se vinculam. Ainda, os pesquisadores apontam que as iniciativas de trabalho com HAV são pontuais e sem grande consistência na articulação com os fluxos ao Sistema de Saúde, sendo também predominantemente vinculadas ao sistema judicial e com poucos registros ainda de serviços prestados diretamente pela Saúde. Em 2021 um novo mapeamento minucioso foi realizado reunindo esforços em compor uma base mais unificada para condução dos trabalhos com HAV. Foram levantadas 312 iniciativas no Brasil, com diferentes combinações interinstitucionais em 64% das iniciativas e o estudo ainda indicou que os CAPS recebem grande parte dos encaminhamentos relativos a demandas de saúde mental - 178 de 312 iniciativas (Beiras *et al.*, 2021).

Em um documento da SPM, no anexo II, se preconizam algumas das primeiras orientações gerais sobre o funcionamento dos Programas com HAV e suas articulações em rede de enfrentamento, com nítida ênfase aos processos educativos e pedagógicos e à perspectiva feminista de gênero, sendo excluído das atribuições dos Programas o “caráter assistencial ou de ‘tratamento’ (seja psicológico, social ou jurídico) do agressor” (Brasil, 2011, p. 66). Porém, o órgão permite o “encaminhamento para programas de recuperação, para atendimento psicológico e para serviços de saúde mental, quando necessário” (Brasil, 2011, p. 68). Em outros documentos do órgão também se encontra o reconhecimento do campo da Saúde como

valiosa frente de intervenção, enquanto o atendimento de saúde mental é concebido como um serviço especializado a ser acionado.

Ao analisar a área da saúde, percebe-se que o tema da violência ganha relevância especialmente a partir da década de 80 e passa a ser legitimado e reivindicado como grave problema de saúde pública em contexto mundial. De maneira gradual, as normativas das Políticas de Saúde vão dando indicativos de que a atenção à saúde mental de pessoas que sofrem situações de violência incluindo os “agressores” deve ser dada, com pactuações de fluxo para que os CAPS também realizem o atendimento (Schraiber *et al.*, 2012). Estes especialistas apontam a necessidade da integralidade na atenção e da intersetorialidade em casos de violência, porém, as normativas não explicam como elas devem se dar, cabendo à rede de serviços garantir sua efetividade. Outro dado importante, que deixa um vazio nos sentidos discursivos que possam ser empenhados no âmbito da saúde mental acerca de gênero, é que nos documentos oficiais que regulamentam o CAPS, não há quase nenhuma pauta ligada a gênero ou raça (Pedrosa, 2006). Este dado é um contrassenso, visto que a saúde pode contribuir para o aumento de acesso de pessoas em situações de violência por predispor de condições mais próximas da comunidade, e assim facilitar a identificação de sua ocorrência e propor ações para interrompê-la, de maneira complementar às medidas judiciais “cuja lógica seria diferente da estrita aplicação da lei aos casos” (Billand, 2016, p. 17).

Billand (2016) alerta que a vinculação direta dos programas com HAV à repressão penal - que por sua característica prolonga e penaliza individualmente - pode ter como efeito colateral o atendimento de um número limitado e possivelmente discriminatório de casos. E ainda coloca que mesmo profissionais de saúde e de saúde mental envolvidos no atendimento também “tendem a seguir uma lógica de controle social própria da justiça” (Billand, 2016, p. 6), incluindo em suas práticas fatores coercitivos de condução. Este aspecto punitivo é uma das dificuldades ao se pensar a conexão entre Saúde e os Programas com HAV.

Se a intersetorialidade na assistência às mulheres vítimas de violência ainda é um desafio a ser superado, conforme apontou o estudo de

Schraiber *et al.* (2012), é possível dizer que o debate sobre a integralidade do atendimento aos HAV na rede pública de atendimento psicossocial é ainda mais incipiente. No contexto das concepções e práticas que podem ser dirigidas a HAV, Beiras *et al.* (2012. p. 81) provocam para o questionamento:

Que sujeito emerge destes contextos: um criminal? Um ser passível de recuperação? Um homem violento determinado por sua genética ou por sua construção histórico-social? Que diferenças existem quanto a este aspecto no campo jurídico e assistencial?

Partindo do pressuposto que verdades e determinações presentes nos discursos sociais, institucionais, jurídicos e de saúde tendem a se misturar e influenciar as práticas de profissionais que lidam com HAV, superar os modelos que buscam explicar o fenômeno da violência sob paradigmas hegemônicos essencialistas, naturalistas e psicopatologizantes em direção a um modelo complexo torna-se um desafio. Para uma atuação efetiva das políticas, como atividades inerentes ao Estado, à sociedade e suas instituições em que se produzem, preservam e se corrigem regras do convívio social, ultrapassar níveis de atuação que sejam apenas compensatórios ou punitivos, para respostas que possam ser estruturantes e transformadoras, em termos de equidade de gênero é uma questão que se impõe.

O campo da saúde mental como frente de ação ao combate da violência de gênero

Tomando como ponto de partida para a análise da violência no campo da saúde o conceito de Frenk (1992), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Gomes (1997) atenta de um lado para as suas dimensões biológica e social; por outro, do indivíduo e da comunidade e em outra camada a política social e a política econômica. Este autor reforça, então, o aspecto multidimensional da violência e expande a ideia reducionista que a analisa geralmente pela ótica individual, concentrada no ato

de violência e, associada, muitas vezes, à pobreza, criminalidade e negritude. Desta forma, ele defende que os sistemas coletivos em que vivemos contextualizam, reproduzem e reforçam a violência, ao mesmo tempo em que podem possibilitar sua superação. Seidler (2009) também contribui nesta direção ao discutir sobre a violência advinda das relações imperia- listas e como esta passa a ser fundante de nossa cultura. Para ele, o domínio brutal europeu ainda marca o período pós-colonial, perpetuando-se para distintas sociedades, apresentada por meio da valorização de uma “masculinidade heterossexual branca”.

Ainda, Seidler (2009) argumenta que na difusão da cultura patriarcal pelas tradições católicas, há a consideração da responsabilidade do pai de família sobre o controle e a disciplina da esposa e dos filhos, e a partir do processo de colonização os "castigos corporais" de mulheres e crianças são legitimados e popularizados. Em uma definição mais geral que se pode adotar, Santos (1996⁴ *apud* Coelho; Silva; Lindner, 2014, p. 12) nomeia a violência como um "dispositivo de controle aberto e contínuo" em que há coerção e impedimento do reconhecimento do "outro, pessoa, classe, gênero ou raça" provocando algum tipo de dano.

Com relação à violência de gênero, em uma perspectiva não essencialista, pode-se compreendê-la em toda situação violenta que tem por base lugares marcados de feminino e masculino na sociedade (Blay, 2014). Gênero, tomado como um dispositivo analítico, portanto, não é limitado aos papéis e estereótipos atribuídos às diferenças entre os sexos biológicos, mas é um conceito que explicita como homens e mulheres constroem suas subjetividades e formas de apreender o real permeadas por normas associadas a seus corpos.

Com estas concepções, considera-se a violência contra a mulher como fundamentada no controle e subordinação da mulher ao homem, o que está em conformidade com a atual ordem de gênero que impõe hierarquia e assimetria entre os gêneros. Concordando com Beiras *et al.* (2012), defendemos que o fenômeno da violência de gênero diz respeito

⁴ SANTOS, J. V. T. A violência como dispositivo de excesso de poder. **Soc. estado**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 281-298, 1996.

tanto a uma inequidade social, arraigada em um sistema de gênero que a legítima, quanto a um problema que produz efeitos nocivos à saúde mental de homens e mulheres, uma vez que homens também são atingidos pelo sistema patriarcal que organiza as relações de poder. É preciso compreender os homens como genericados e os aspectos culturais envolvidos neste processo para que se possa colaborar para relações de gênero com maior equilíbrio de poder.

Em uma linha temporal, é possível localizar a convergência entre a visão multidimensional da violência conquistada também pelos movimentos feministas e a complexificação dos conceitos sobre saúde coletiva, que culmina na consolidação da violência de gênero como um grave problema de saúde pública (Ganja; Medrado, 2009). A entrada das noções de integralidade e cuidado no campo da saúde são conceitos-chave que permitem que a saúde seja vista como constituída pelas relações (sejam elas raciais, de gênero, de pertencimentos religiosos, étnicos, entre outras) e por “aspectos que decorrem das condições concretas da vida social” (Pedrosa, 2006, p. 29).

Historicamente, ao longo das décadas de 1980 e 1990, enquanto os movimentos sociais se articulam em favor das políticas de estado de bem-estar social e as feministas debatem e lutam em torno das categorias de gênero, na área de saúde pública mobilizam-se pautas da reforma sanitária brasileira implicada no combate das desigualdades e iniquidades em saúde por meio da criação de um sistema universal de saúde. Ao nível administrativo, o planejamento em saúde muda para um enfoque mais estratégico, para além da habitual organização normativa, tecnocrática e padronizada. Para tanto, a partir da década de 1990, a nova política pública em saúde passa a atender-se para as necessidades de saúde da população e seus territórios, e não somente por demanda de assistência médica. A ênfase é dada à atenção básica e à promoção de ambientes saudáveis, invertendo a lógica do foco na prevenção e reabilitação de doenças, por meio da noção de Clínica Ampliada, com forte atuação territorializada (Paim, 2012).

Na área da saúde mental, simultaneamente, se inicia o processo de reforma psiquiátrica, a partir da qual se provoca a reorientação da assistência tradicionalmente centralizada no saber psiquiátrico para um modelo de atenção psicossocial, buscando superar o paradigma biomédico e hospitalocêntrico neste campo. A institucionalização da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) transversaliza a saúde mental para todo o sistema de saúde, em seus diferentes pontos de atenção. Ela complexifica e força o SUS a cumprir seu princípio doutrinário de integralidade, ao implicar no combate à lógica da especialidade e das distintas complexidades, que segregava o cuidado a partir dos “graus de sofrimento” do sujeito, em que existiria um lugar para a loucura (Amarante; Nunes, 2018). O novo campo ressignificado da saúde mental tem um caráter amplamente transdisciplinar e intersetorial (Lancetti; Amarante, 2012).

López Ruiz (2017) afirma que, ao contrário do que se poderia supor, a saúde mental fornece uma visão mais social do que clínica. Para ela, o campo da saúde mental se refere às situações sociais que favorecem o bem-estar individual e coletivo. A “sociedade enferma”, como indica a autora, deveria ser o tema absoluto das políticas de saúde mental. Entretanto, na atualidade, quando o enfoque é a questão de gênero, os estudos que associam esta categoria ao campo da saúde mental ficam restritos majoritariamente ao manejo clínico, ocupando-se principalmente da experiência subjetiva do sofrimento psíquico, seus sintomas e sua relação com estereótipos e a opressão de gênero. A ênfase ao estudo das masculinidades na saúde mental ou de uma perspectiva ampliada para abordar o atendimento de HAV na saúde mental é inexpressiva.

Na área da Saúde do Homem, a Política Nacional de Saúde Integral do Homem (PNAISH) é implementada em 2009, e de maneira tardia em relação à criação de políticas para mulheres, buscando-se incluir como responsabilidade do SUS a integralidade na atenção a estes sujeitos. Tal Política coloca em evidência dados epidemiológicos que demonstram a liderança dos homens em mortalidade decorrente da violência autoinfligida (suicídio) e nas relações interpessoais (Brasil, 2018). E se os homens estão nos holofotes destes processos, como autores e vítimas, isto indicaria que,

enquanto grupo, eles poderiam se constituir em um público-alvo no que se refere à violência. Entretanto, a PNAISH estrutura este tema apenas como um de seus eixos, e o explora pouco em detrimento dos outros. Até o momento, também se nota que não há desenvolvimento suficiente da Política que vise complexificar as diferentes masculinidades a quais supostamente ela se dirige, nem compor esforços ao seu atendimento integral.

Entre especialistas que trabalham historicamente com HAV, a discussão sobre a associação entre masculinidades e violência é mais complexa, e estes demonstram a preocupação de que relações simplistas sejam feitas na interface com a saúde mental e a violência. A justificativa da violência por meio da “doença mental”, que tradicionalmente é o “lugar da incapacidade”, da impossibilidade de se responsabilizar por seus próprios atos, seria um mau uso que se pode fazer desta relação e tornar os homens bodes expiatórios criaria um desvio da discussão de gênero. Segundo Andrade (2014), a compreensão de que o HAV é um “paciente” pode implicar na lógica de que este é suscetível a tratamento medicamentoso ou terapêutico, e embora possa se associar ligeiramente grave sofrimento psíquico a comportamentos agressivos, o modelo de “paciente-enfermo” não pode ser assumido de maneira acrítica, pois conforme indicam Beiras *et al.* (2012), normalmente nos casos em que transtornos mentais e violência estão presentes não há a eleição preferencial de gênero e premeditação.

Ao mesmo tempo, é importante mencionar que um dos apontamentos dos pesquisadores é de que diagnósticos psiquiátricos ou de abuso de substâncias psicoativas não são considerados excludentes do trabalho com HAV, já que a “pessoa” não pode ser separada da “doença” e o sofrimento psíquico pode ser um dos componentes da subjetividade que não necessariamente impedem a reflexão (Beiras *et al.*, 2021). De maneira consoante, a Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial, avança também na direção de deslocar da ideia de tratamento, em uma assistência hierarquizada e unidirecional entre médico e paciente, para a noção de cuidado, que envolve humanização, protagonismo social e cidadania, como aspectos que vão sendo incorporados ao conceito de promoção da saúde, em

uma combinação de estratégias (estatais, individuais e coletivas) para integração dos usuários à sociedade (Pedrosa, 2016). Nesta perspectiva, os aspectos culturais que estigmatizam os usuários da Política de Saúde Mental também são focalizados e, ainda, a perspectiva da Redução de Danos nas políticas de álcool e outras drogas favorece o cuidado integral do sujeito, não centrado na “doença”. O CAPS então pode ser visto como um projeto ético e coletivo, organizado de maneira comunitária e estratégica, para além de sua função terapêutica.

É de comum conhecimento que muitos HAV acessam a Política de Saúde pelos serviços especializados de Saúde Mental (Moraes, 2008⁵ *apud* Beiras *et al.*, 2012), portanto, torna-se primordial identificar os sentidos construídos em torno de tais atendimentos. Como exemplo tem-se o estudo realizado em Recife sobre violência, gênero e atenção integral à saúde de Granja e Medrado (2009), em que os autores perceberam que profissionais que trabalham com o enfrentamento da violência de gênero mencionam a saúde como local privilegiado para a porta de entrada de atendimento às mulheres vítimas de violência, mas não aos homens. Neste estudo, também foram analisados os encaminhamentos aos CAPS, que eram vistos como locais secundários ao atendimento de HAV, a não ser pelo abuso de álcool e outras drogas. No entanto, verificaram também que a qualidade da informação entre Justiça e Saúde era insuficiente, por vezes não se explicitando os motivos dos encaminhamentos e associando o cuidado em saúde à pena dos crimes.

Dificuldades e potencialidades do trabalho em rede de saúde mental com HAV na perspectiva dos profissionais de CAPS

Considerando os aportes teóricos apresentados nos tópicos anteriores, na sequência serão desenvolvidos os resultados das entrevistas semi-estruturadas com profissionais de saúde que atuam em CAPS, e que dizem

⁵ MORAES, M. O. modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 121-133, 2018.

respeito à articulação entre o tema da violência com a saúde mental e à perspectiva de trabalho em rede de atendimento a HAV e no enfrentamento à violência.

Por meio da técnica de bola de neve, foram selecionados profissionais atuantes em um CAPS II em Florianópolis/SC com formação em Psicologia e Enfermagem, o que configurou o recorte para a produção deste capítulo. Para a organização e discussão dos resultados das entrevistas foi utilizada a *Grounded Theory* (Strauss; Corbin, 2008) em suas etapas de codificação, sendo as categorias resultantes agrupadas em 5 subtópicos para melhor compreensão.

A violência como sintoma e geradora de sofrimento para os usuários do CAPS e a invisibilidade da violência de gênero por HAV

Nas entrevistas realizadas, a violência de maneira geral se apresentou como um fenômeno familiar nos atendimentos dos profissionais do CAPS, presente principalmente na escuta das histórias de vida dos usuários, sendo considerada produtora de sofrimento e constituinte de transtornos mentais (para autores e vítimas). A violência foi concebida em suas variadas facetas (social, estatal, familiar), incluindo as múltiplas violências que homens e mulheres sofrem, com uma leitura ampliada que observa os agravos à saúde mental decorrentes das violências na população atendida.

Já a violência provocada por homens contra mulheres não foi revelada como muito aparente e discutida entre os profissionais, uma vez que as demandas dirigidas ao Serviço normalmente ocorrem pelo relato das mulheres, mas não por demanda dos próprios homens. Para os participantes, o trabalho terapêutico promovido pelo CAPS, especialmente para HAV, precisa ocorrer a partir de uma queixa ou de um questionamento realizado pelo sujeito que o endereça ao Serviço a fim de mudar seu comportamento, configurando em um sintoma tratável, o que na visão dos profissionais não se efetiva para homens que buscam ou são encaminhados ao CAPS.

Em uma das entrevistas também se observou que o participante fez a conexão da autoria de violência à possibilidade da existência de transtornos mentais, associando o trabalho no CAPS à função diagnóstica: *“Até pra acabar com esse ciclo aí né de violências, e entender melhor o que se passa né, na cabeça dessas pessoas, se ela, como eu te falei, tem algum transtorno.”* (Participante 1). Esses podem ser exemplos de concepções baseadas primordialmente em uma perspectiva clínica, que trata a violência por uma lógica individualizada, e é própria de uma racionalidade que localiza a violência no plano psicológico, em que se considera mais sua psicogênese do que a sociogênese.

Por outro lado, embora os profissionais entrevistados também tenham produzido concepções sobre a violência numa perspectiva multidimensional, ao olhar a sociedade violenta, foi possível perceber que os discursos pouco apontaram para a análise da ordem de gênero, suas relações de poder, ou normas e performances associadas. Desta maneira, a ausência de uma perspectiva complexa da violência provoca uma desumanização no que se refere aos “motivadores” da violência, colocando este homem muitas vezes como “monstro” e situando o alvo do combate à violência na compreensão e inibição das motivações internas e individuais.

Neste ponto, ao tomar a violência como um sintoma ou expressão de um transtorno mental, os participantes aproximam o trabalho do CAPS ao trabalho de reabilitação, porém sobre a possibilidade de desenvolvimento do aspecto educativo conforme indica a SPM, não se aportaram maiores reflexões no Serviço. Quanto ao foco na prevenção à violência, ou ainda que a relacionasse à promoção de saúde no contexto do CAPS, também se observou concepções que a colocavam como objetivos secundários, conforme tal fala: *“É, enfim, aí como promoção, prevenção de saúde não seria o CAPS II que faria esse trabalho né”* (Participante 4).

Esses fatores podem ser relacionados ao que Cruz, Espíndula e Trindade (2017, p. 559) analisaram de que as práticas profissionais sobre o cuidado às mulheres se destinavam a “se restabelecer (a mulher) e denunciar o agressor às autoridades judiciais e, assim, sair da situação de violência”,

o que denota uma centralização aos agravos mais do que à prevenção, em vez de um trabalho em paralelo.

Também vale mencionar novamente a pesquisa de Granja e Medrado (2009) com profissionais de saúde, em que foi identificado que a queixa principal da violência raramente era levada às unidades de saúde, dependendo muito mais de sua indicação no curso do atendimento ou com algum dano físico. É possível trazer a mesma reflexão para o âmbito dos CAPS, considerando que isto cria uma organização dos processos de trabalho do Serviço em que a violência seja frequentemente tratada de maneira pontual (com a finalidade de resolatividade), com poucas reflexões e estratégias institucionais ao seu enfrentamento que considerem seus usuários como genericados. Atentamos que compreender a violência de maneira crítica, para além da particularidade dos indivíduos que demandam a saúde, exige conceitualizá-la como forma de obtenção e manutenção de poder e aferir o que está em jogo nestas violências, a saber, “as construções de masculinidades e feminilidades e os jogos performáticos de sujeitos (Butler, 2001⁶) em conflito, que podem produzir, entre outras coisas, expressões de violência” (Granja; Medrado, 2009, p. 27).

As mulheres quebram o silêncio, mas os homens não! Quais as consequências para o atendimento e enfrentamento da violência no CAPS?

Como apresentado acima, para os profissionais do CAPS o atendimento às mulheres vítimas é mais numeroso do que aos autores de violência e o tema da violência costuma chegar até o equipamento principalmente pela via das queixas das mulheres, seja nos espaços de acolhimento, atendimento, em reuniões de equipe ou em grupos. De maneira geral, também se explicitou que as mulheres acessam mais ao CAPS, tendo atividades ofertadas especificamente a elas, apesar de ter sido destacado pelos profissionais que não há distinção por parte do serviço, que tem o caráter “porta aberta” às demandas, independente de gênero.

⁶ BUTLER, J. **El género en disputa: en feminismo y la sub- versión de la identidad**. México: Paidós, 2001.

Com relação ao trabalho realizado nos casos de mulheres vítimas de violência atendidas pelo CAPS, uma profissional descreveu que tais atendimentos consistem tanto na orientação sobre seus direitos, como na criação, ao longo do tempo de acompanhamento, de “*condições psíquicas para uma ação*” (*Participante 3*), o que indica um alinhamento às perspectivas feministas no manejo clínico.

No caso dos homens, um dado relevante é de que o único Grupo Psicoterapêutico (exclusivo) de homens existente no município funcionava à época neste CAPS e consistiu em uma iniciativa do próprio profissional que o coordenava, sem ter havido um pedido explícito dos homens usuários ou da gestão, sendo ainda um tipo de serviço extremamente raro no sistema de saúde.

Com estes elementos, é possível suscitar o debate sobre o público e suas respectivas demandas ao CAPS divididos por gênero, que sugeriu a configuração do que se pode chamar de generificação dos equipamentos e serviços. De acordo com a PNAISH (Brasil, 2009), em relação aos outros dispositivos de saúde, os CAPS ainda são locais privilegiados para acessar o público masculino, em contrapartida, na prática relatada pelos profissionais, os CAPS têm refletido a realidade dominante no que se refere às questões de gênero. Por exemplo, um dos participantes percebe que em oposição ao que ocorre no CAPS II, o CAPS Ad conta com maior participação de homens, indicando que os dispositivos de cuidado são organizados em torno de uma lógica que também é relativa a gênero.

Mesmo quando se trata de necessidades de saúde já bem afirmadas no campo da Saúde Mental, como é o caso do abuso de álcool e outras drogas, ainda assim, pelo menos no CAPS II, os participantes afirmaram que as solicitações deste tipo de tratamento em situações de violência vêm das companheiras. Este cuidado consigo e à família dado pelas mulheres também é algo extensamente mapeado, que denuncia um dispositivo familiarista de hierarquização de gênero que imputa às mulheres esta posição e que pode fazer com que homens não queiram se colocar no mesmo plano (Carrara; Russo; Faro, 2009).

Como consequência, o CAPS se organiza de maneira que a mulher norteia muito mais as compreensões sobre violência de gênero do que os seus autores. Sem a queixa aparente de homens sobre a questão da violência, ocorre um filtro acerca desta demanda, reforçando o binômio mulher-vítima/homem-agressor e trazendo incompreensões sobre quem são os HAV. Desta maneira, dificilmente os profissionais do CAPS adotam a categoria gênero para discutir por quê as queixas de autoria de violência não são levadas por homens ao CAPS e se veem pouco interpelados, seja por parte dos usuários, da gestão dos serviços ou pela própria rede, a debater sobre o atendimento de HAV.

CAPS Ad

Assim como as usuárias solicitam tratamento para abuso de álcool e drogas aos seus companheiros HAV, também foi possível reconhecer o reforço pelos profissionais de saúde da expectativa do combate à violência pela "cura da dependência química", como nesta fala: *"Drogas, claro, né, mas principalmente o álcool como o carro-chefe das violências domésticas, né."* (Participante 4). Com esta lógica correlacional, os profissionais apontam o CAPS Ad e sua forte ferramenta de redução de danos como o serviço mais apropriado aos HAV, em detrimento do CAPS II. Este sentido da atenção e do lugar na rede de atendimento à HAV também é observado nos encaminhamentos realizados pela Justiça e por outros profissionais de saúde que privilegiam ou o tratamento específico para abuso de álcool e drogas ou o atendimento psicológico individual, conforme apontam Granja e Medrado (2009). Tais prescrições auxiliam a pensar para além da necessidade de inserção dos homens no cuidado à saúde mental, mas também sobre as significações que embasam as práticas tradicionais de cuidado em sua associação com gênero.

Os encaminhamentos por esta via, por vezes sugerem tratar o abuso de substâncias psicoativas em primeiro plano, como se a atenuação da violência fosse consequência. No entanto, para escapar da lógica simplista embutida nesta relação causal, é preciso entender o uso de álcool, por

exemplo, não somente pelo viés da doença e entender que o beber excessivo é um comportamento esperado e legitimado no universo masculino. Adotar novos ângulos que contemplem suas relações com outros pontos de análise como por exemplo, trabalho, raça, classe social e outros, pode abrir o campo para se avaliar a variada e complexa relação do beber para diferentes homens em suas comunidades. Desta maneira, também não pode ser compreendido somente pelo ato individual (Nascimento, 2016).

Por parte dos homens usuários do CAPS, os entrevistados indicaram que a demanda sobre abuso de substâncias psicoativas também é baixa, com a hipótese da relação com o temor de ser classificado como alcoolista e do posterior encaminhamento ao CAPS Ad e desligamento do CAPS II. Portanto, mesmo nos espaços exclusivos, como no grupo psicoterapêutico de homens, em que surgem falas pelos homens a respeito das violências praticadas, há a omissão de certos aspectos relativos à saúde. Esta dificuldade de promover o cuidado evoca a discussão tanto dos aspectos socio-culturais envolvidos, como sobre uma noção de saúde mental restrita e fragmentada em seus diversos equipamentos da RAPS, que podem fomentar uma lógica de controle. Desta maneira, embora o CAPS apresente a oferta de uma atividade fértil para refletir condições de gênero, o tratamento compartilhado e a integralidade da atenção não se efetivam.

CAPS e a lógica da complexidade em um contexto pandêmico

Outro ponto de tensionamento circunscrito no contexto da pesquisa referiu-se ao público-alvo do CAPS e à realidade imposta à época pela pandemia de COVID-19. Descrito pelos próprios profissionais, o público do CAPS foi caracterizado como pessoas com transtornos mentais graves, em crise aguda de sofrimento psíquico, oferecendo risco à sua própria vida ou que tenham um diagnóstico considerado “definitivo”. Esta definição também se aproxima das encontradas nas normativas de organização do sistema de saúde municipal e realiza um filtro dos usuários do CAPS II.

A pesquisa, realizada em 2021, retratou indiretamente o cotidiano das práticas do CAPS, que enfrentava dificuldades no compartilhamento do cuidado e na promoção de ações territorializadas em meio à pandemia. Historicamente, este CAPS vinha sendo convocado a atender situações de crise e urgência em saúde mental, decorrente da ausência de acolhimento a estas demandas em hospitais gerais e da fragilização da RAPS. A saturação da rede no momento pandêmico relatada pelos profissionais forçava a centralização do cuidado e dificultava a sua intensificação, bem como o estabelecimento de estratégias coletivas no âmbito do CAPS (Boccardi; Rodrigues, 2021).

Desta forma, mesmo com o potencial característico do equipamento proporcionado pela diversidade de atividades e intervenções terapêuticas, pela convivência espontânea do usuário no equipamento e por sua participação em ações de gestão participativa, havia dificuldade de mobilização comunitária e se acentua a falta de resolutividade das ações preventivas da Atenção Primária.

Esta conjuntura provocou com que os critérios de acesso ao Serviço seguissem cada vez mais uma lógica da especialidade, baseados em referências e contrarreferências, sem os devidos espaços de qualificação dos diálogos intra e intersetoriais. Com isto, as inserções de usuários no CAPS eram centradas proeminentemente no saber médico, focalizadas nas sintomatologias e nos agravos à saúde mental, o que foi considerado um entrave ao fortalecimento de projetos ético-políticos no CAPS que pudessem aportar para o enfrentamento da violência de gênero e promover saúde mental dos sujeitos em relação com seu território.

Como, então, enfrentar a violência de gênero no CAPS?

A partir destes desafios, o questionamento sobre o papel do CAPS no atendimento de HAV, tanto pela ótica assistencial como por seu projeto institucional, apresentou divergências na percepção dos participantes, principalmente se ocorrido pela via judicial. Algumas posições mais

categóricas na rejeição de tal atendimento surgiram da observação de problemas institucionais concernentes à rede de saúde, à gestão municipal e sua relação com a Justiça. A contrariedade ao acolhimento dessa demanda pelo "tratamento obrigatório" implicado na lógica da Justiça foi ligada à descrença quanto à implicação de HAV ao trabalho que fosse empregado pelo CAPS. Ainda, o acolhimento da demanda não foi considerado prioridade por haver outras mais "gritantes" em que a falta de implicação nestes últimos casos foi julgada como resistência produzida pelo próprio sofrimento, e houve a preocupação quanto ao risco do Serviço se descaracterizar.

Entretanto, outros profissionais observaram uma "brecha" para este atendimento e assinalaram a possibilidade de o CAPS poder traduzir-se em um espaço de desnaturalização de violências, com uma perspectiva que se aproxima de uma abordagem mais educativa, focalizando nos processos e nos reconhecimentos de dinâmicas e atos violentos. Ao mesmo tempo, os participantes se indagaram sobre o desafio de acolher tais homens, sem a desresponsabilização pelos atos cometidos e de atribuir ao CAPS a "construção desta demanda", que envolveria um espaço de escuta clínica sem julgamento, o que o diferenciaria da Justiça. Porém, de maneira geral os profissionais apontaram como um dos nós para atuação com HAV a ausência de preparo desde a formação acadêmica à educação permanente no SUS. Este ponto está de acordo com a recomendação da necessidade de formação específica ao tema (Beiras *et al.*, 2021).

Como ações de enfrentamento à violência de gênero já existentes no CAPS, os profissionais indicam que costumeiramente o Serviço utiliza de parcerias externas ou de projetos de extensão universitária para tratar da temática com os usuários e observam uma demanda crescente ao tema. Ainda, no grupo psicoterapêutico de homens, por exemplo, as violências praticadas por homens são trabalhadas e as condições necessárias ao surgimento destas falas foram atribuídas à relação de vínculo assistencial: *"E aí, mas quando vem essa fala é bem importante vir, né. Porque também significa que é um vínculo de confiança que aquele usuário tem com o profissional, né, pra falar de algo que em outros espaços sendo escutado ia*

dar cadeia.” (Participante 4). Na descrição dos processos trabalhados neste grupo também houve semelhanças a alguns objetivos dos Programas com HAV descritos pela SPM, como a desconstrução de normas de gênero a partir da reflexão coletiva e as orientações quanto à legislação

Na interface com o campo da saúde, o grupo também promove debates em torno das intervenções medicamentosas, que muitas vezes acabam por diminuir a autonomia de HAV, em vez de restabelecê-la, segundo o facilitador. Em outro aspecto, o caráter psicoterapêutico do grupo, que permite que homens expressem emoções a frente de seus pares e acessem suas histórias de vida na posição de vítimas de violências sofridas favorece também que os participantes desenvolvam empatia pelas mulheres, e, portanto, foi indicado como potencial para diminuição de reincidências de violência.

Segundo os participantes, a plasticidade e dinamização dos serviços ofertados no CAPS mostrou-se como uma potencialidade para o atendimento universal e, sobretudo, integral de HAV, propiciando que diferentes homens pudessem acessar propostas de saúde diversas. Ainda, em um fenômeno curioso, o CAPS que deveria se constituir também em um serviço de base territorial, e funcionava à época em um local transitório distante da maior parte das regiões periféricas do município, se tornou um dispositivo percebido pelos homens como mais “sigiloso” pela distância à sua vizinhança, o que favoreceu o acesso e envolvimento desejado.

Considerações finais

A violência de gênero na saúde mental foi reconhecida pelos entrevistados como objeto de intervenção, de maneira transversalizada às demais políticas sociais. Este é um ponto positivo pois acompanha a intenção da SPM de capilarizar o tema da violência de gênero. Entretanto, quanto ao objetivo de responsabilização de HAV em serviços historicamente não habituados a tratar da temática, e de profissionais de saúde não se reconhecerem a Rede de Enfrentamento e a baixa adoção da perspectiva

de gênero, evidenciou-se a larga distância da saúde ao debate sobre a responsabilização de HAV.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais do CAPS está presente a ideia de reabilitação de comportamentos dos sujeitos e da função diagnóstica do CAPS, que foca nos danos e agravos à saúde, sendo este o ponto de tensionamento da Rede de Saúde Mental e a articulação do trabalho com HAV. Segundo Andrade (2014), não há o que ser reabilitado em uma sociedade machista, em que as desigualdades existem desde o nascimento e das ideias de ser “homem” e “mulher” no processo sociocultural. Há o que ser habilitado, transformado e principalmente destruído nas normas e opressões ligadas ao sistema de gênero. Entretanto, a lógica reabilitadora utilizada para pessoas em sofrimento psíquico no CAPS, com sintomas e comportamentos considerados desviantes do meio social, é facilmente transposta ao possível atendimento de HAV, pela ausência de uma perspectiva crítica das relações de gênero.

Desta forma, o setor ainda parece ter bastante presente o modelo clínico, enquanto outras Políticas e organizações, convocadas a outros tipos de fazeres, fomentam o atendimento de HAV e avançam na análise crítica destas práticas, o que provoca para o questionamento de que tipo de sujeito ainda persiste na Saúde que outros setores parecem deslocar. Em específico no CAPS à época de pandemia, o sujeito enquanto “paciente grave” era o alvo principal das intervenções.

A missão institucional da Política de Saúde parte do princípio de que todos são sujeitos de cuidado, mas este pressuposto entrou em confronto quando os HAV passam a se inserir no atendimento da Rede, provocando resistências ao seu acesso. Com a ausência de espaços estruturados de acolhimento de HAV dentro da rede, a não ser por encaminhamentos individuais e pela lógica da especialidade, não há suficiência para garantir sentidos complexos de responsabilização.

Outro ponto de desencontro com as orientações da SPM consiste na discussão sobre as masculinidades e sua relação com a violência de gênero, pouco difundida nas práticas do CAPS que considerem a recomendação a este público de “desamarrar masculinidades e violência” (Beiras *et al*,

2021). A violência ainda é generificada na figura da mulher e os sentidos de masculinidades como gênero próprio ficam mais visíveis nos relatos dos profissionais nos casos de abuso de álcool e outras drogas associados à violência.

Embora as práticas moralistas e punitivistas tenham sido desassociadas às intervenções do CAPS, foi informado que a estigmatização costumadamente adotada nas instituições estatais pode ser a responsável pela omissão da demanda de abuso de substâncias psicoativas por HAV, portanto sugere-se, para minimizar este efeito, considerá-lo como preditor ou precipitador da violência, mas não como o causador. Propostas que levem em conta o trabalho do CAPSAd em sua interface com a violência de gênero em uma perspectiva feminista pode ser de grande contribuição. Ainda, sobre a lacuna formativa pontuada, vale sinalizar que enquanto não há implementações regulatórias mais formalizadas que reconheçam esta pauta como importante ao CAPS, a área da saúde mental se manterá distante das discussões de gênero.

Por outro lado, percebeu-se que a violência de gênero já é um forte elemento de ação no CAPS, mas como assinalado, basicamente a partir da atenção à vítima. Para os profissionais do CAPS a mulher vítima de violência é visível nos múltiplos espaços do Serviço, tem voz e ressonância nas discussões intersetoriais, principalmente quando precisa de proteção ou demanda por cuidados aos companheiros, mas estas ações são ofuscadas pela realidade saturada a que os serviços de saúde são submetidos e pela necessidade de atendimento de urgências. Desta forma, tais iniciativas precisam ser reconhecidas e associadas a ações que envolvam os homens autores destas violências marcantes ao CAPS.

Considerando que as ações voltadas ao público masculino no campo da Saúde são extremamente raras, é importante ressaltar a relevância das intervenções do grupo psicoterapêutico de homens, pois a partir da lógica de conceitos próprios da saúde, como o compartilhamento dos sofrimentos, experiências de cuidado em grupo e o olhar desmedicalizante, em as-

sociação com orientações sobre os direitos das mulheres, também se configuraram como ações de enfrentamento com HAV do CAPS, mesmo que a atividade não fosse voltada para este propósito específico.

A complementaridade destas abordagens de Saúde Mental na perspectiva da Atenção Psicossocial e dos objetivos das intervenções com HAV preconizados legal e tecnicamente, são aspectos de potencialidade ao combate à violência contra mulheres, se associada ao estabelecimento de fluxos eficientes. Também, a aposta na atenção integral poderia embasar o atendimento de HAV na Rede de Saúde Mental ao mesmo tempo em que a lógica de reflexão coletiva sobre as normas de gênero e o questionamento dos dispositivos que produzem sofrimento psíquico, dentre eles os dispositivos de gênero, se constituem como ferramentas potentes de enfrentamento à violência a ser ampliada para outras intervenções psicossociais.

Outra recomendação é o investimento nas equipes de referência e da Atenção Primária que fortalecem o cuidado em saúde mental no território, como ponto favorável ao projeto de enfrentamento à violência que faça interlocução com a política de saúde mental. Com isto, sugere-se que os setores formalizem espaços de discussão e luta, com uma agenda contínua de reflexão que contemple os envolvidos (homens, mulheres e instituições da Rede de Enfrentamento à violência) a fim de ampliar o conceito de saúde, noções de violência e suas interrelações. Ainda, espera-se que a intersetorialidade não permaneça só no plano normativo e das teorias, mas que inclua intensos e sérios debates que visem superar as fragmentações históricas e os tratamentos paliativos que compõem as rotas críticas costumeiramente realizadas pela mulher vítima de violência, e que a atenção integral à saúde masculina possa auxiliar no rompimento de tais ciclos incessantes.

Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no sus e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 23, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-reforma-psiquiatrica-no-sus-e-a-luta-por-uma-sociedade-sem-manicomios/16707?id=16707>. Acesso em: 15 jul. 2023.

ANDRADE, L. F. Grupo de homens e homens em grupos: novas dimensões e condições para as masculinidades. *In.*: BLAY, E. A. **Feminismos e Masculinidades**: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014, p. 173-224. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2016/03/Feminismos_e_masculinidades-WEB-travado-otimizado.pdf. Acesso em: 15 jul. 2023.

BEIRAS, A. *et al.* **Grupos reflexivos e responsabilizantes para homens autores de violência contra mulheres no Brasil**: mapeamento, análise e recomendações. Florianópolis: CEJUR, 2021. Disponível em: <https://ovm.alesc.sc.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/grupo-reflexivo.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2023.

BEIRAS, A. *et al.* Políticas e leis sobre violência de gênero - reflexões críticas. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 36-45, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822012000100005>.

BEIRAS, A.; NASCIMENTO, M.; INCROCCI, C. Programas de atenção a homens autores de violência contra as mulheres: um panorama das intervenções no Brasil. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 262-274, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170995>.

BILLAND, J. S. J. **Como dialogar com homens autores de violência contra mulheres?** Etnografia de um grupo reflexivo. Tese (Doutorado

em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

BLAY, E. A. **Feminismos e Masculinidades**: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2016/03/Feminismos_e_masculinidades-WEB-travado-otimizado.pdf. Acesso em: 11 abr. 2023.

BOCCARDI, D. O.; RODRIGUES, J. Processo de trabalho e produção do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial: um relato de caso. **Research, Society And Development**, [S. l.], v. 10, n. 8, e37610817475, jul. 2021. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17475>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Presidência da República, 2011.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312009000300006>.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. **Violência**: definições e tipologias. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Disponível em:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1862/1/Definicoes_Tipologias.pdf. Acesso em: 25 jul. 2023.

CRUZ, S. T. M.; ESPÍNDULA, D. H. P.; TRINDADE, Z. A. Violência de Gênero e seus Autores: representações dos profissionais de saúde. **Psico-USf**, [S. l.], v. 22, n. 3, p. 555-567, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220314>.

FRENK, J. La nueva salud pública. *In.*: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **La crisis de la salud pública**: reflexiones para el debate. Washington, DC: OPAS, 1992. p. 75-93 (Publicación Científica, 540).

GOMES, R. A violência social em questão: referenciais para um debate em saúde pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 93-100, abr. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11691997000200011>.

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 25-34, abr. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822009000100004>.

LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. *In.*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2 ed. rev. aum. São Paulo: Hucitec, 2012. cap. 18, p. 615-634.

NASCIMENTO, P. Beber como homem: dilemas e armadilhas em etnografias sobre gênero e masculinidades. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 31, n. 90, p. 57, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.17666/319057-70/2016>.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In.*: GIOVANELLA, L. *et al* (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 15.

PEDROSA, C. H. **Cuidado? sim; olhar de gênero? não**: os sentidos do cuidado no Caps em documentos técnicos do Ministério da Saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

RUIZ, V. L.; BERNALDEZ, J. P. **Salubrisimo o barbarie**: un mapa entre la salud y sus determinantes sociales. Sevilla: Atrapasueños, 2017.

SCHRAIBER, L. B. *et al*. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 237–254, 2012. <https://10.5565/rev/athenead/v12n3.1110>.

SEIDLER, V. La violencia: ¿el juego del hombre?. *In.*: RODRÍGUEZ, J. C. R.; VÁZQUEZ, G. U. (coord.). **Masculinidades**: el juego de género de los hombres en el que participan las mujeres. 1 ed. Madrid: Plaza y Valdés, 2009. cap. 6, p. 113-129.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Violências interseccionais e sofrimento mental como efeitos da colonização do ser no contexto do agronegócio brasileiro¹

Pablo Cardozo Rocon

Maelison Silva Neves

Heloísa Alves da Cruz

Larissa Rodrigues de Campos Oliveira

Márcia Leopoldina Montanari Corrêa

Introdução

Os estudos sobre violências e seus efeitos sobre a saúde mental requerem uma abordagem complexa que vá além da somatória ou análise estatística dos ditos “fatores de exposição” ou de risco. É importante analisar as violências do presente à luz da historicidade dos territórios e relações sociais nas quais elas se (re)produzem e se atualizam. No caso do Brasil, elas se expressam intrinsecamente ligadas às formas contemporâneas de colonialidade, que por sua vez, são herdeiras do processo colonizador europeu heterocispatriarcal e racista. Nesse sentido, a busca por compreender os efeitos dos processos colonizadores sobre as vidas requer um esforço teórico e epistêmico de explicitar em primeiro momento, o que se nomeia por colonização e suas conexões com o contemporâneo. Tal tarefa solicita o exercício de compreender como esse processo, que é marcado pelas diferenças de raça, etnia, gênero, sexualidade e classe, reverbera na produção de violências e sofrimento mental nas populações latino-americanas.

Neste capítulo, tomando por intercessores primordiais Alberto Acosta e Judith Butler, busca-se problematizar os efeitos do agronegócio

¹ Agradecemos ao Ministério Público do Trabalho da 23ª Região pelo financiamento do projeto “Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis”.

sobre a saúde mental das populações que vivem nas regiões atingidas por esse processo produtivo, com ênfase nas conexões entre violências interseccionais e sofrimento psíquico. Pretende-se tais efeitos como expressões de um processo colonizador que se (re)produz nas violências do campo por disputas de terras e invasões de territórios originários, configurando um cenário de colonização permanente do ser, do saber e do poder pelos povos euro-ocidentais. Tal problematização se dará pela análise de notas de pesquisa de campo realizadas pelos(as) pesquisadores(as) a partir do projeto pesquisa “Promoção de Territórios Saudáveis e Sustentáveis no Estado de Mato Grosso, Brasil”, realizado pelo Núcleo de Estudos Ambientais e Saúde do Trabalhador (NEAST) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Tais notas, que se constituem em memórias dos(as) autores(as) registradas em diário de campo, servirão de plano ilustrativo e analítico da discussão.

Desta forma, este capítulo se estrutura em três seções: inicialmente, fazemos uma breve discussão sobre as categorias: colonialidade do poder, do saber e do ser como estratégias do invasor europeu para se impor e legitimar sua dominação sobre nosso continente. Nessa direção, apresentamos as consequências desse processo violento de dominação e negação do outro, cujas bases se assentam na branquitude, cisheteronormatividade e segregação dos grupos sociais entre os dignos de reconhecimento e aqueles cujas vidas podem ser sacrificadas em nome do desenvolvimento. Discutimos como essa racionalidade euro-ocidental impõe formas de desumanização sobre os sujeitos lidos como desviantes em suas experiências divergentes do ponto de vista normativo.

Em seguida, apresentamos breves apontamentos sobre a formação socioespacial e histórica de Mato Grosso, com ênfase na forma como os processos de colonização do ser e suas consequências se materializam e se (re)produzem como constante atualização do projeto colonizador, sob direção do processo de acumulação capitalista no campo brasileiro. Por fim, discutimos as consequências dessa realidade para a produção social de preocupantes quadros de violência e sofrimento psíquico que atingem, prin-

cialmente, negras(s), mulheres, indígenas e camponesas(os). Assim, realizamos um esforço analítico sob uma perspectiva interseccional em busca de compreender as múltiplas experiências inerentes à pluralidade de raça, gênero, sexualidade, etnia e classe.

Colonização: genocida, patriarcal, racista e LGBTfóbica

A partir de 1492, quando a Espanha invadiu com uma estratégia de dominação para a exploração a região que após a chegada dos conquistadores passou a se chamar América, impôs-se um imaginário para legitimar a superioridade do europeu, o “civilizado”, e a inferioridade do outro, o “primitivo”. Neste ponto emergiram a colonialidade do poder, a colonialidade do saber e a colonialidade do ser, que não são apenas uma recordação do passado: estão vigentes até nossos dias e explicam a organização do mundo, já que são um ponto fundamental na agenda da modernidade. (Acosta, 2016, p. 55)

Acosta (2016) nos mostra um processo de cisão entre “civilizado” e “primitivo” a partir da qual se legitimou inúmeros processos de violência e extermínio dos povos indígenas e negro a partir dos discursos de uma suposta superioridade branca - branquitude. Na discussão do referido autor, podemos identificar que a operacionalização de estratégias de inferiorização do outro (não europeu), que Foucault (2010) outrora nomeou por racismo de estado, foram determinantes para as invasões europeias na América latina, um racismo que segundo o autor opera como dispositivo de defasagem da população entre si. Tal dispositivo, nas palavras do autor, é “[...] uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros. [...] a função assassina do Estado só pode ser assegurada [...] pelo racismo” (Foucault, 2010, p. 214-215).

Dessa forma, as práticas do racismo de estado também organizam um reconhecimento público e coletivo que separa vidas compreendidas como importantes e a serem protegidas daquelas que passam a ser compreendidas como descartáveis, abjetas, anormais, primitivas e, assim, legitimam a ação ou omissão estatal para sua eliminação. Nessa direção, como pontuou

outrora Butler (2019, p. 65) “[...] não somos identidades separadas na luta pelo reconhecimento [...]”, de modo que o reconhecimento se dá mediante certos enquadramentos epistemológicos com seus regimes normativos que modulam o reconhecimento (Butler, 2016).

Os regimes normativos dos quais nos fala Butler têm classificado as vidas e experiências nomeadas pelos colonizadores e seus signatários como primitivas e no bojo dessa classificação há diversas intervenções normalizadoras sobre gêneros e sexualidades. Tais intervenções estabelecem padrões considerados normais, saudáveis e aceitáveis para viver nos gêneros e sexualidades sob a ótica do cristianismo colonizador, binarizado e cis-hetero-normalizado. Rocon (2022, p. 349) pontua que nos processos colonizadores a vida e as experiências passam a serem operadas e enquadradas

[...] por perspectivas epistemológicas e ontológicas centradas numa espécie de euro-antropocentrismo ocidental capitalista cujas raízes erigem do colonialismo (invasão) europeu nas américas, e se fortalecem na modernidade ocidental com a cisão do mundo entre centro e periferia e as novas estratégias imperialistas.

Assim, a invasão euro-antropocêntrica cis-hetero-branco centrada incide sobre territórios, corpos e subjetividades sob a pauta do desenvolvimento e da produção de um suposto bem-estar comum (Rocon, 2022; Acosta, 2016). Por este processo, incitam e hegemonizam uma crença coletiva que não lamenta e legitima os efeitos devastadores, assassinos e adoecedoros da colonização. Mas não só, esvaziam do debate público qualquer possibilidade de reparação histórica com os povos afetados.

Tais efeitos devastadores tem múltiplas origens nos sucessivos processos de invasão dos territórios indígenas brasileiros, no histórico sequestro do povo africano para o trabalho escravo no Brasil, na partilha desigual e privada das terras brasileiras, na dominação econômica europeia e estadunidense sobre a América Latina, na dominação masculina patriarcal, branca e cisheteronormativa. Todos estes são elementos das colonialidades da qual narra Acosta (2016) ao tratar a invasão espanhola.

Para legitimação de tais violências surgem as estratégias de colonialidade de poder, ser e saber (Acosta, 2016), dentre as quais ganham relevo em meio à dominação de classe da burguesia colonial sobre sua classe trabalhadora super explorada em razão da subserviência da primeira à burguesia europeia e estadunidense. Soma-se uma colonização dos gêneros, sexualidades e da raça por meio de um padrão cis-hetero-normativo, de branquitude e europeu que legitima o assassinato cotidiano das pessoas que vivem outras normatividades e experiências com os gêneros, as sexualidades e a raça.

Nessa direção, é importante demarcar que a colonização brasileira produziu efeitos devastadores sobre as vidas dos povos originários e de mulheres, negros(as), quilombolas, indígenas, população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e continua produzindo. Dentre as heranças, podemos citar a normatização dos gêneros e sexualidades sob a lógica cis-hetero-centrada “[...] que limitam a organização da vida, pressupondo os gêneros como reflexo de estruturas corporais (binarismo dos gêneros) e sexualidades padronizadas e referenciadas a partir da heterossexualidade (heteronormatividade)” (Rocon *et al*, 2022, p. 2). Nessa perspectiva, segundo Butler (2018, p. 39) “[...] o gênero é induzido por normas obrigatórias que exigem que nos tornemos um gênero ou outro (geralmente dentro de um enquadramento estritamente binário)” (Butler, 2018, p. 39).

Connell e Pearse (2015) problematizam como processos colonizadores em regiões de minas em África alteraram completamente as relações de gênero e sexualidade em direção à lógica cis-heteronormativa centrada e patriarcal. Além disso, as autoras narram que “[...] a proletarianização chegou, enfim, com uma ideologia de gênero mais próxima do padrão europeu” (Connell; Pearse, 2015, p. 62) e que com ela, dentre os mais jovens um padrão de masculinidade associado à “[...] severidade, à dominância física e à agressividade” (Connell; Pearse, 2015, p. 62).

Intersecciona-se à cis-heteronormativa a branquitude, que além de produzir uma hierarquização entre caucasianos europeus, latinos-*americanos*, negros(as) e indígenas, produz uma realidade de impossibilidade

de existência dos(as) negros(as). Kilomba (2019) analisa como os processos colonizadores e escravagistas sobre o povo negro buscaram seu silenciamento em meio a instrumentalização do racismo para negar a prática colonialista e assim, à pessoa negra o status de sujeito, defasando-o moral e subjetivamente em relação ao branco. Segundo a autora “[...] a negação é usada para manter e legitimar estruturas violentas de exclusão social [...]” (Kilomba, 2019, p. 34).

Ao tratar da herança colonial escravagista brasileira, Carneiro (2011, p. 64) pontua que:

Vem dos tempos da escravidão a manipulação da identidade do negro de pele clara como paradigma de um estágio mais avançado de ideal estético humano; acreditava-se que todo negro de pele escura deveria perseguir diferentes mecanismos de embranquecimento. Aqui aprendemos a não saber o que somos e, sobretudo, o que devemos querer ser.

A colonização do ser, saber e poder passam pela produção de uma subjetividade colonizada, que legitime, reafirme ou movimente o ser em sua produção na existência pelo ideal (normativo) patriarcal, cis, hetero e branco, na medida em que, quanto mais distantes deste ideal de normalidade, maior será o risco de violência e sofrimento mental. Connell e Pearse (2015) falam de um processo de corporificação social do gênero pelo qual as relações de gênero compõem a produção corporal materializada pelas relações sociais de gênero, tendo em vista que “[...] reconhecer um gênero muitas vezes envolve reconhecer uma determinada conformidade corporal com uma norma” (Butler, 2018, p. 46).

Rocon (2021) analisa que o gênero binário e a heteronormatividade passa a compor a matéria subjetiva dos sujeitos, produzindo modos de ser e estar no mundo cis-hetero-normalizados. Carneiro (2011) nos mostra como a branquitude impõe processos sociais de busca, desejo e anseio pelo embranquecimento pelas práticas de exclusão e marginalização social engendradas nos processos racistas. Kilomba (2019) fala dos processos de silenciamento impostos pelo embranquecimento à população negra.

No bojo das colonialidades discutidas por Acosta (2016), visualizamos uma regulação e distribuição desigual do reconhecimento das vidas como dignas de proteção, do lamento público por sua perda e esforços para sua proteção da qual nos fala Butler. As relações de reconhecimento são sempre coletivas, passando pelo encontro com o *Outro*. Segundo Butler (2019, p. 65) “[...] não somos identidades separadas na luta pelo reconhecimento” assim, “Ser radicalmente privado de reconhecimento ameaça a própria possibilidade de existir e persistir” (Butler, 2018, p. 47). Rocon *et al* (2018) discutem como um dos desafios no debate sobre reconhecimento estão as constantes tentativas de individualização desse processo, descaracterizando sua dimensão social e histórica da produção do sujeito. Segundo os autores:

Na medida em que a noção de reconhecimento é reduzida à uma relação do indivíduo consigo mesmo excluindo o outro e a dimensão coletiva da produção do reconhecimento público vê-se, a partir de marcos civilizatórios, tentativas de controlar insurgências que anunciam possibilidades de produção de novas formas de viver com os gêneros e as sexualidades [...]. Não que o reconhecimento de si não seja um elemento importante na vida humana, contudo, ele não acontece alheio às relações sociais que produzem normas [...]. (Rocon *et al*, 2018, p. 219)

É justamente o caráter social, material e histórico que determina as condições normativas para os processos de produção de subjetividade e assim, tenta regular os modos de ser, estar e viver as relações sociais. Ao falarmos das colonialidades, tais condições são dadas pelas práticas opressoras das quais falamos até aqui, na qual vidas de mulheres, negros(as), indígenas, quilombolas, pobres e população LGBT, são consequentemente negadas de reconhecimento. Tal falta de reconhecimento se expressa em violências cotidianas que produzem sofrimento, marginalização e a morte. Nesse sentido, Kilomba (2019), ao falar da relação com o Outro sob o regime da branquitude, chama atenção para a produção de uma cisão que o sujeito branco produz dentro de si sob tal regime, pelo qual

O sujeito negro torna-se então a tela de projeção daquilo que o sujeito branco teme reconhecer sobre si mesmo, neste caso: a ladra ou o ladrão violenta/o, a/o bandida/o indolente e maliciosa/o [...] no mundo conceitual branco, o sujeito negro é identificado como o objeto “ruim”, incorporando os aspectos que a sociedade branca tem reprimido e transformado em tabu, isto é, agressividade e sexualidade. Por conseguinte, acabamos por coincidir com a ameaça, o perigo, o violento, o excitante e também o sujo, mas desejável - permitindo a branquitude olhar para si como moralmente ideal, decente civilizada e majestosamente generosa, em controle total e livre da inquietude que sua história causa. (Kilomba, 1029, p. 37)

A autora analisa como as políticas de reconhecimento regidas pela branquitude estão imbricadas à serviço da desumanização, demonização e destruição das existências e vidas negras a serviço da dominação branca. Aqui vemos a ausência do reconhecimento dessas vidas como visíveis ou dignas de proteção, mas, por outro lado, vemos o reconhecimento baliçado pelo racismo que as identifica a fim de sua abjeção e eliminação. Butler (2018, p. 69) argumenta que “Ainda que o reconhecimento pareça ser uma condição da vida vivível, ele pode servir ao escrutínio, da vigilância e da normatização [...]”. Pensamos com Kilomba (2019) e Carneiro (2011) como as práticas racistas de base colonial e branca centrada buscam reconhecer a população negra não como vida vivível, mas como vida potencialmente perigosa, cuja ação coletiva e estatal deve ser direcionada a sua eliminação.

Nessa direção, já vamos percebendo os alvos diretos das práticas coloniais, e como estes alvos estão sob diversas formas de opressão, subjugação, marginalização que se interseccionam na produção do sofrimento e da morte. Analisar estes processos, nos solicita um exercício de interseccionalidade. Segundo Kimberlé W. Crenshaw (2002)

a interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o ra-

cismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. (Crenshaw, 2002, p. 177)

Analisar a realidade citada sob uma perspectiva interseccional não supõe somar fatores de exposição, mas compreender como a distribuição desigual do poder, e os processos de subordinação expõe diferentes vidas ao sofrimento e à violência em suas diferenças de gênero, raça, etnia, sexualidade e classe. Assim, precisamos compreender que tais categorias

[...] são categorias plurais e assim devem ser tratadas, o que faz da interseccionalidade uma ferramenta fundamental nesse processo, já que um estudo pode apresentar falhas quando desconsidera os múltiplos fatores que envolvem o objeto investigado, em especial nos estudos de gênero e relações étnico-raciais. (Oliveira, 2020, p. 107)

Nessa direção, interseccionar os múltiplos processos de violência e sofrimento mental vivenciados a partir dos marcadores de gênero, sexualidade, raça, etnia e classe social faz-se necessário compreender como tal realidade está diretamente ligada ao projeto colonial hoje representado pelo agronegócio brasileiro. Segundo Rocon (2022, p. 354) “[...] evidenciamos de maneira consistente os efeitos dos processos de colonização do ser, saber e poder em nome do desenvolvimento da cadeia produtiva do agronegócio, na medida em que desconsideram os efeitos sobre a vida humana e ambiental [...]”. Segundo Rocon (2022, p. 357)

É sobre a tarefa de tentar controlar, governar e barrar os acontecimentos dos quais emergem as experimentações de vivências e experiências que anunciam mundos outros possíveis, que só acontecem na processualidade do viver, que o projeto euroantropocêntrico ocidental capitalista parece se empenhar, produzindo moralidades e perspectivas políticas que eliminam vidas nas nações latino-americanas. Projeto de expropriação das riquezas, destruição da natureza, operado sob a ótica do desenvolvimento como moderno projeto imperialista.

O projeto agro brasileiro colonizador é cis-heteronormativa, burguês, signatário da branquitude e da colonização, na medida em que reproduz e atualiza as relações de dominação sobre mulheres, negros(as), indígenas, quilombolas, população LGBT, pobres, povos do campo e da floresta etc. A título de exemplo, destaca-se o relatório da Comissão Pastoral da Terra (2023, p. 8) sobre os casos de trabalho escravo: “Tratando ainda da violência praticada pelo latifúndio contra os trabalhadores, os números de trabalho escravo rural demonstram que o agronegócio não abandonou e não abandonará a escravização como meio de obtenção de lucro rápido em seus empreendimentos”.

Nessa direção, pensar a saúde mental e a exposição à violência marcadas pelos gêneros, sexualidades, raça e classe nos contextos interioranos brasileiros, em meio a expansão do agronegócio, não pode se desvincular da compreensão dos efeitos danosos deste setor nas vidas e sua articulação com as colonialidades discutidas por Acosta (2016). A Comissão Pastoral da Terra, em seu Relatório sobre Conflitos no Campo em 2022 aponta para o aumento da violência no campo de maneira generalizada. Segundo dados do relatório:

A omissão e convivência do Estado nas invasões de territórios se destaca nos registros de conflitos feitos pela CPT. Entre 2013 e 2022, houve 1.935 ocorrências de invasões de territórios por pessoas e grupos estranhos às comunidades. Porém, somente entre 2019 e 2022 - os quatro anos de Governo Bolsonaro - foram registradas 1.185 ocorrências, ou seja, 61,25% das ocorrências de invasões! E mais de 37% dessas ocorrências durante esse governo se deram em Terras Indígenas (TIs). Das 661 ocorrências de invasões em TIs na última década, 441 foram registradas somente entre 2019 e 2022, ou seja, 66,71% do total. (Comissão Pastoral da Terra, 2023, p. 6)

O relatório pontua que o Estado brasileiro age com omissão, negligência, conveniência, como normativo, regulamentador ou agressor diante dos conflitos em torno da terra. A omissão do Estado brasileiro é operada como parte do dispositivo de deixar determinadas populações para morrer, em termos Foucaultianos, sem qualquer luto ou preocupação

com a produção das vidas perdidas, como discute Butler. Tais vidas são visualizadas como barreiras para o desenvolvimento econômico da nação, uma vez que, como afirma Acosta (2016, p. 51)

Tudo é tolerado na luta para deixar o subdesenvolvimento em busca do progresso. Tudo se santifica em nome da meta tão alta e promissora: temos de ao menos parecer-nos com os superiores e, para chegar lá, vale qualquer sacrifício. Por isso aceitamos a devastação ambiental e social em troca de alcançar o desenvolvimento. Pelo desenvolvimento, para citar um exemplo, aceita-se a grave destruição humana e ecológica provocada pela mega mineração [...].

Dialogando com Acosta, podemos complementar sua análise afirmando sem dúvidas que em nome do desenvolvimento aceita-se a morte e o sofrimento de mulheres, negros(as), indígenas, população LGBT, quilombolas, trabalhadores rurais, e outras populações que insistem em modos de vida não colonizados. Foucault (2013) outrora afirmou que o poder de morte via racismo pode atingir o corpo para eliminá-lo porque age em nome da produção de uma suposta vida que tem maior valor² que outras. É sob a justificativa de preservação de determinadas vidas que é legitimado ao Estado se omitir ou constituir-se em agressor de determinadas populações. Podemos ver que o valor atribuído à vida se contabiliza, nos contextos interioranos de Mato Grosso, pela lógica do agronegócio que

[...] lógica econômica do agronegócio [...] prega que neste modelo de sociedade é possível que o trabalhador conquiste o que quiser, propagando uma ilusão porque afirma promover a liberdade autônoma de cada indivíduo enquanto restringe o exercício de autodeterminação das maiorias [...]. (Pistório; Leão; Pignatti, 2021, p. 11)

Nesse contexto, as disputas por terra e os processos de violência se unem à devastação ambiental produzida pelas práticas de desmatamento

² Ao falar-se de valor da vida utilizamos uma palavra não original de Foucault, mas que adicionamos para didatizar a discussão.

e contaminação ambiental promovida pelo modelo produtivo do agronegócio (Pignatti; Oliveira; Silva, 2014) e aos processos de dominação cis-heteronormativa, patriarcal, da branquitude e colonizador. Temos, portanto, múltiplos determinantes que impactam na saúde mental de maneira interseccional na vida das populações. A busca por uma proximidade do ideal de gênero e sexualidade a fim de minimizar a precariedade da existência também produz sofrimento (Butler, 2018). Pistório, Leão e Pignatti (2021) evidenciaram a relação entre sofrimento mental relacionada às incertezas sobre posse da terra. Kilomba (2019, p. 40) fala do traumatizante contato com “a violenta barbárie do mundo branco, que é a irracionalidade do racismo que nos coloca [negras/os] sempre como a/o “Outra/o”, como diferente, como incompatível, como conflitante, como estranha/o e incomum”.

A exposição cotidiana aos processos colonizadores do agronegócio, à devastação ambiental e aos agrotóxicos proporcionará diferentes experiências de violência e sofrimento mental a depender de seu posicionamento nas relações de poder por seu gênero, raça, sexualidade, etnia ou classe social. Na medida em que estes marcadores sociais de diferença são operados pelas normas cis-hetero-patriarcais, a branquitude e as práticas coloniais para legitimar o que Butler nomeou por distribuição desigual da condição de precariedade da vida. Segundo a autora, “[...] cada um de nós pode ser sujeito a privação, dano, doença, debilitação ou morte em decorrência de eventos ou processos fora do nosso controle” (Butler, 2018, p. 27). Segundo a autora:

Vidas são apoiadas e mantidas diferentemente, e existem formas radicalmente diferentes nas quais a vulnerabilidade física humana é distribuída ao redor do mundo. Certas vidas serão altamente protegidas, e a anulação de suas reivindicações à inviolabilidade será suficiente para mobilizar as forças de guerra. Outras vidas não encontrarão um suporte tão rápido e feroz e nem sequer se qualificarão como “passíveis de serem enlutadas”. (Butler, 2019, p. 52)

É a partir desta realidade que a autora afirma que toda vida é precária em razão de sua necessidade de uma vida coletiva e de suporte externo para sua existência. No entanto Butler (2018) afirmou que há uma desigualdade na distribuição das condições para minimizar a precariedade da existência, uma vez que tal distribuição ocorre segundo normas que regulam o reconhecimento de vidas que importam e vidas não passíveis de luto. Segundo Butler (2016, p. 45):

Formas de racismos instituídas e ativas no nível da percepção tendem a produzir visões icônicas de populações que são eminentemente lamentáveis e de outras cuja perda não é perda, e que não é passível de luto. A distribuição diferencial da condição de ser passível de luto entre as populações têm implicações sobre porquê e quando sentimos disposições afetivas politicamente significativas, tais como horror, culpa, sadismo justificado, perda e indiferença.

Butler nos ajuda a pensar, apesar de não ter sido necessariamente seu objeto de análise, que no contexto latino-americano, em especial o brasileiro, as formas de racismos que promovem a cisão entre vidas a serem protegidas ou não terão como pano de fundo a realidade de exploração e colonização pelos países centrais. Nesse contexto, há uma série de políticas, discursos e práticas que aventam um desenvolvimento a qualquer custo como analisa Acosta (2016) que sem dúvidas reconfigura esse jogo de forças que produz uma defasagem das vidas entre si. Segundo Pignati, Oliveira e Silva (2014, p. 4670):

O processo produtivo do agronegócio, que se resume nas etapas do desmatamento, indústria da madeira, pecuária, agricultura, transporte, silagem, agroindústria, produção de sementes e insumos (combustíveis, agrotóxicos, fertilizantes químicos e calcários) causam várias situações de riscos nos vários ambientes desta cadeia produtiva. Vão além da saúde do trabalhador, englobando o meio ambiente, os alimentos, as águas e a saúde das famílias que moram nas fazendas ou nas cidades.

Quando consideramos os processos produtivos do agronegócio com seus diversos efeitos nocivos à saúde humana e ambiental, bem como as diferentes tolerâncias sobre índice de desmatamento, contaminação das águas, etc. entre países europeus e o próprio Brasil. Se adicionarmos ainda que tais práticas rendem ricos montantes financeiros anuais às empresas que financiam tais práticas e se localizam em muitos países que se dizem não tolerantes em seus territórios para viver na realidade que brasileiros(as) têm vivido. Não há como não falar de colonização.

A sociabilidade do agronegócio como atualização da violência colonial cis-hetero-patriarcal e racista: o caso de Mato Grosso

O agronegócio brasileiro configura-se como um processo produtivo baseado na mercantilização das terras, uso intensivo dos recursos naturais (água, solo) e de substâncias químicas danosas à saúde humana e ambiental (agrotóxicos, fertilizantes), no bojo de um modelo econômico agroexportador que se baseia na concentração de riquezas por elites colonizadoras descendentes de imigrantes europeus, ao mesmo tempo que gera desigualdades sociais, violências e desastres socioambientais e sanitários que afetam principalmente os povos tradicionais, as mulheres, pessoas negras e LGBT (Pignati *et al.*, 2021; Peres; Merlino, 2022). Dessa forma, tal modelo econômico torna-se instituidor de modos de vida que se caracterizam pela reprodução da violência colonial, mediante a colonização do poder, ser e saber que sustenta a ideologia racista, cis-heteronormativa, patriarcal e de base europeia.

Assim, o estado de Mato Grosso, *locus* de pesquisa das(os) autoras(es) deste texto, destaca-se no cenário contemporâneo como um exemplo paradigmático dessas formas de colonização, por ser um dos maiores produtores de *commodities* agrícolas, com maior consumo de agrotóxicos (Pignati *et al.*, 2017), um dos estados com maior concentração fundiária (Brasil, 2020), além de maiores taxas de suicídio entre população negra (Palma; Santos; Ignotti, 2020).

Neste estado, a formação do grande latifúndio deu-se mediante relações espúrias entre grupos políticos e grandes empresas nacionais e internacionais, marcadas por fraudes cartoriais e clientelismo que beneficiaram empresas colonizadoras do sul do país, o que está na origem da grilagem, conflitos e violência (Barrozo, 2018; Moreno, 2007; Girardi, 2016). Em troca de cargos e poder, se fazia a venda ou arrendamento de terras a preço módico para homens brancos de sobrenome europeu e proprietários de terras, enquanto os trabalhadores pobres recebiam pequenas áreas, sem infraestrutura, indicando que o principal objetivo do povoamento, além dos discursos de integração nacional, eram a especulação fundiária (Barrozo, 2018).

Na análise da complexa determinação social desse processo de violência e adoecimento engendrados no contexto do agronegócio, enfatizamos aqui o papel da colonialidade do poder, do ser e do saber (Acosta, 2016) e a forma como esta se expressa pela delimitação dos grupos sociais cujas perdas não são passíveis de luto (Butler, 2016). Assim, não se pode ignorar os processos de determinação social e interseccional do sofrimento psíquico no contexto de estudo, nos quais comparecem tanto a objetividade do adoecimento provocados pela exposição a processos violentos interseccionais, desgastantes, desumanizadores, quanto às formas protetoras da resistência coletiva, organização política e formação de laços de solidariedade entre trabalhadores(as), mulheres, LGBT'S, entre outros grupos afetados, de modo que tais resistências potencializam o exercício de suas capacidades normativas (tanto a nível orgânico, individual, quanto social), de lutar para tomar os fios de condução da própria vida.

Violências interseccionais no contexto das colonialidades

As notas aqui apresentadas a fim de ilustrar a discussão apresentada compreendem as memórias dos(as) pesquisadores(as) sobre violências interseccionais narradas por participantes de uma pesquisa-intervenção em andamento. Nesse cenário, as experiências de campo ganham relevância

ao viabilizar a identificação das dimensões espaciais do território, o engajamento com as comunidades locais e a compreensão das percepções da população sobre experiências com vivências que consideraram violentas e os grupos mais afetados.

Os contextos e as compreensões sobre violência entre os(as) participantes de grupos focais e entrevistas semiestruturadas em Sinop e Colíder tem se apresentado de maneira plural, variando da associação da violência com atos contextuais de violência física e psicológica até narrativas que compreendem tais experiências em sua historicidade, considerando o apagamento das existências negras e indígenas. Tal pluralidade é efeito da pluralidade do próprio grupo de participantes, composto por homens e mulheres trabalhadores(as) rurais, da saúde, professores(as) da educação básica e superior, estudantes do ensino superior, negros(as), brancos(as), indígenas.

Para muitos(as) dos(as) que apontam a relação entre violência com elementos históricos apontam para a histórica chegada dos identificados como "colonos", grupos da região sul brasileira no norte do Estado de Mato Grosso, como potencialmente associada à materialização de formas de discriminação racial. Além disso, identifica-se nas narrativas que na bagagem os colonos trouxeram dispositivos de dominação pela branquitude, o patriarcado, a dominação de classe e a cis heteronormatividade.

Diante de um diálogo com as mulheres da região norte mato-grossense, encontramos diversos relatos sobre uma cultura patriarcal enraizada na história da construção dos municípios da região. Bem como, narrativas sobre constantes lutas para obter reconhecimento em uma região que negligencia, discrimina e violenta os povos originários e todas as pessoas que fogem dos padrões ou normas hegemônicas para as vivências com os gêneros, as sexualidades e a raça.

No diálogo com as mulheres desta pesquisa aferimos narrativas sobre as dificuldades de adaptação e viver na região norte do Mato Grosso em razão de seu gênero, ser homossexual e negra. Relataram sentir olhares discriminatórios e dificuldades de produzirem vínculos. Uma participante lésbica relatou:

eu sou doadora de sangue, sempre preenchi a ficha como heterossexual para evitar discussões, mas teve um dia em específico que coloquei a verdade e fui duramente criticada pela enfermeira que iria coletar meu sangue. Que eu menti, que eu não poderia mais doar sangue e eu pedi a ela que olhasse todos os meus exames e que conversasse com as outras profissionais sobre como eu sempre doe sangue (Nota do diário de campo, 2019).

Em meio ao grupo de participantes da pesquisa, uma participante lida como heterossexual e branca discorda das outras participantes afirmando:

eu tive uma impressão contrária, quando eu cheguei parecia tudo lindo, as pessoas educadas e tive uma facilidade muito grande de acesso (Nota diário de campo, 2023).

A divergência nas narrativas das experiências de acolhimento e experiências de discriminação na região norte do Mato Grosso ilustram o caráter interseccional das violências. Rocon *et al* (2022) analisam que as normas sociais para os gêneros e sexualidades regulam a disposição afetiva pelo Outro em acolher o lido como diferença. A partir das discussões de Akotirene (2020) e Kilomba (2019) também percebemos uma completa ausência de disposição afetiva para o acolhimento e a proteção da população negra em razão da branquitude. Nascimento (2016) analisa que a saúde da população negra brasileira apresenta lacunas seculares, uma vez que são gerações marginalizadas e excluídas em diversos contextos na saúde pública, visto que a colonização brasileira foi fundamentada no eugenismo da medicina, no genocídio da população negra e suas implicações históricas para o esvaziamento de políticas públicas que atendam esta população.

Este cenário de cisão entre vidas vivíveis e vidas não passíveis de luto em termos Butlerianos, em meio aos processos de colonização das vidas com processos normalizadores sobre os gêneros e as sexualidades e pautados na branquitude estabelecem a hierarquização dos sujeitos a partir da referência homem, branco, heterossexual, burguês com traços europeus.

Tal hierarquia faz com que quanto mais distante da referência uma vivência esteja, maior será a experiência de exclusão vivenciada.

Saffioti (2001) analisa que as mulheres que ousam ocupar espaços que já foram definidos como não delas, experimentam ações de punição e violências. A autora ainda discorre que a ordem social funciona como uma espécie de máquina que tende a autorizar a dominação masculina através da divisão do trabalho e dos espaços sociais a partir das diferenças por sexo. Rocon *et al* (2022) analisam como o gênero binário e a heteronormatividade centrado nas diferenças genitais e orientações sexuais produzem experiências de violência e não reconhecimento. Akotirene (2020, p. 69) ao analisar as experiências de racismo vivenciadas por mulheres negras discute que “[...] sofrem estigmatização pelos aparelhos do Estado [...] o desprestígio das lágrimas de mulheres negras invalida o pedido de socorro político, epistemológico e policial”.

Sofrimento mental no território agribusiness

A partir da demarcação teórica realizada, cabe neste momento abarcar o processo de sofrimento mental neste território, considerando os efeitos colonizadores da lógica de desenvolvimento impressa pelo agro-negócio na região norte do Mato Grosso. Neves *et al.*, (2020) e Pistório, Leão e Pignatti (2021) nos auxiliam a compreender que para além dos impactos sobre o meio ambiente, a relação com os modos de vida e as relações de trabalho possuem diversos impactos sobre a saúde mental. Dentre os impactos, os(as) autores(as) Neves *et al.*, (2020) destacam relatos sobre situações frequentes de estresse físico e psicológico, casos de depressão, ansiedade, transtornos mentais comuns e suicídio.

Nessa direção, analisar o sofrimento mental em contexto interiorano do Mato Grosso, supõe conectar os efeitos ambientais, na saúde do trabalhador da exposição às agressões e contaminações da natureza com os processos de colonização do ser, do saber e do poder pela branquitude, o patriarcado e a Cis Heteronormatividade. Durante a pesquisa, temos estado em contato com relatos de participantes que identificam a relação entre

exposição a pulverização de agrotóxicos com o aparecimento do sofrimento mental.

participantes narram que após a pulverização de agrotóxico um homem considerado saudável teve o desencadeamento de um surto psicótico. Frente a tal situação, houve grande manifestação dos vizinhos próxima a área afetada, entretanto nenhum tipo de assistência ou investigação ocorreu (Nota do diário de campo, 2023).

A ausência de qualquer resposta estatal e pelo poder público diante da realidade narrada nos faz considerar a dimensão de classe pela interseccionalidade na medida em que o silêncio diante do sofrimento pode representar que determinadas vidas podem sofrer, adoecer e morrer em nome do desenvolvimento (Rocon, 2022, Acosta, 2016). Segundo Serra e Viegas (2022), a falsa universalização da tradição local, a exploração dos recursos naturais com base em interesses comerciais e a quantificação monetária do valor da floresta, faz com que gere o apagamento das identidades afetando a saúde psíquica e emocional. Nessa direção, ao analisarmos o processo produtivo do agronegócio descrito por Pignati, Oliveira e Silva (2014), percebemos que se soma ao descrito pelos autores, ou seja, o cerceamento à diversidade, a outros modos de vida, a exploração da mão de obra com subempregos e baixa-remuneração, fundamentado no processo colonizador europeu heterocispatriarcal e racista.

Ao ouvir estudantes indígenas de diferentes etnias foi possível vislumbrar que o território não tem interesse de incluí-los, instaurando processos de apagamento de suas individualidades, suas culturas e a subjetividade. O processo de apagamento que Serra e Viegas (2022) relatam ocorre nas microviolências em que a população indígena sofre, ao não serem empregados em vínculos formais, não são atendidos em unidades de saúde e até serem discriminados em comércios como bares e mercados. São identidades que possuem sua existência negada, no intuito da universalização das subjetividades, o que ocorre também com a população negra.

Considerações Finais

Ao longo deste capítulo, vislumbramos problematizar a importância de tomar a interseccionalidade como norte metodológico ao analisar as expressões da violência e do sofrimento mental em contextos de produção do agronegócio nos interiores brasileiros. Nesse sentido, é preciso considerar o contexto no qual as pessoas estão inseridas, e como as colonialidades do ser, saber e poder distribuem desigualmente o reconhecimento e as políticas de minimização da precariedade. A partir das breves notas de nossa pesquisa em andamento, vamos percebendo que o processo colonial com suas faces patriarcal, cis-heteronormativa, branquitude e de classe estão articuladas nas múltiplas desigualdades inerentes a este processo. Articuladas, produzem diferentes experiências de violência e sofrimento psíquico a depender do posicionamento de cada um(a) nas relações de poder/opressão.

Analisar contextos como o “nortão” do Mato Grosso, requer considerar o processo colonizador e conservador instaurado e que persiste até hoje, que toma como vítimas preferenciais das desigualdades e violências produzidas as mulheres, a população negra, indígena, LGBT, campesina. Tais desigualdades se expressam em pobreza, condições de trabalho degradantes, maior exposição às degradações ambientais e a contaminação por agrotóxicos, e assim, piores condições de saúde.

Referências

ACOSTA, A. **O Bem-viver**: uma oportunidade para imaginar mundos. São Paulo: Autonomia Literária; Elefante, 2016.

AKORIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Jandaíra, 2020.

BARROZO, J. C. A questão agrária em Mato Grosso. *In.*: RODRIGUES, C.; JOANONI NETO, V. **Nova história do Mato Grosso contemporâneo**. Cuiabá: EDUFMT, 2018. p. 197-227.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do espaço rural brasileiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

BREILH, J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. *In.*: BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 317-317.

BUTLER, J. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa de assembleia. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

BUTLER, J. **Quadros de Guerra**: Quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

BUTLER, J. **Vidas precárias**: os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. (Parte I- p. 38-148)

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

COMISSÃO PASTORAL DA TERRA. **Conflitos no Campo 2022**. Centro de Documentação Dom Tomás Balduino. Goiânia: CPT Nacional, 2023. Disponível em <https://www.cptnacional.org.br/downloads?task=download.send&id=14302&catid=41&m=0>. Acesso em 12 ago. 2023

CONNEL, R.; PEARSE, R. **Gênero**: uma perspectiva global. São Paulo: Nversos, 2015.

CRENSHA, W. K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: FBSP, 2022. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>. Acesso em 12 ago. 2023

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 23. ed. São Paulo: Graal, 2013.

GIRARDI, E. P. Mato Grosso: expressão aguda da questão agrária brasileira. **Confins**, [S. L.], n. 27, 14 jul. 2016. OpenEdition. <http://dx.doi.org/10.4000/confins.10898>.

KILOMBA, G. **Memórias da Plantação**. Episódios de Racismo Cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MORENO, G. **Terra e poder em Mato Grosso**: política e mecanismos de burla, 1892-1992. Cuiabá: EDUFMT; Entrelinhas, 2007.

MORIN, P. V.; STUMM, E. M. F. Transtornos mentais comuns em agricultores, relação com agrotóxicos, sintomas físicos e doenças preexistentes. **Psico**, v. 49, n. 2, p. 196–205, 2018. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2018.2.26814>

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

OLIVEIRA, M. R. G. **O diabo em forma de gente: (r)existências de gays afeminados, viados e bichas pretas na educação.** Salvador: Devires, 2020.

PALMA, D. C. A.; SANTOS, E. S.; IGNOTTI, E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 1-13, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00092819>.

PERES, J.; MERLINO, T. Apartheid e racismo nas cidades da soja. **O joio e o trigo**. São Paulo. 16 mar. 2022. Disponível em: <https://ojoioeotrigocombr202203apartheid-e-racismo-nas-cidades-da-soja/>. Acesso em 16 ago. 2023.

PIGNATI, W. A. *et al.* **Desastres sócio-sanitário-ambientais do agronegócio e resistências agroecológicas no Brasil.** São Paulo: Outras Expressões, 2021.

PIGNATI, W. A. *et al.* Distribuição espacial do uso de agrotóxicos no Brasil: uma ferramenta para a vigilância em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 22, n. 10, p. 3281-3293, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17742017>.

PIGNATI, W. A.; OLIVEIRA, N. P.; SILVA, A. M. C. Vigilância aos agrotóxicos: quantificação do uso e previsão de impactos na saúde-trabalho-ambiente para os municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 12, p. 4669-4678, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.12762014>.

PISTÓRIO, B. V.; LEÃO, L. H. C.; PIGNATTI, M. G. Sofrimento Social de Trabalhadores Rurais Assentados na Contracorrente do Agronegócio, na Bacia do Juruena - MT. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S. l.], v. 41, n. 2, e190898, 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003190898>.

ROCON, P. C. Saúde como bem viver: resistindo com a vida frente a destruição ambiental em nome do desenvolvimento. *In.*: ROCON, P. C. *et al.* **Ambiente, saúde e agrotóxicos**: desafios e perspectivas na defesa da saúde humana, ambiental e do(a) trabalhador(a). São Carlos: Pedro & João Editores, 2023.

ROCON, P. C. *et al.* A busca pelo reconhecimento como uma vida: notas sobre um serviço de saúde. **Argumentum**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 213-227, 30 abr. 2021. Universidade Federal do Espírito Santo.
<http://dx.doi.org/10.47456/argumentum.v13i1.32117>.

ROCON, P. C. *et al.* O reconhecimento e o aparecimento público como determinantes para a saúde: diálogos com mulheres transexuais e trabalhadores(as) da saúde. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 31, n. 2, e210356pt, 2022. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902022210356pt>.

SAFFIOTI, H. I. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, [S. l.], n. 16, p. 115-136, 2001. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-83332001000100007>.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-129020162610>.

As interfaces entre questão racial, sistema socioeducativo e saúde mental

Matheus Trindade de Souza

A origem

O colonizado descobre o real e o transforma em movimento de sua práxis, no exercício da violência, no seu projeto de libertação (Frantz Fanon).

Não é de hoje que a literatura especializada nas áreas da sociologia da violência, da questão étnico-racial, da saúde mental, da dialética negra e da criminologia crítica encontram pontos de encontros em seus estudos. Isso se dá, de forma geral, pelo extensivo acúmulo teórico que tem passado a compreender a "raça" como elemento estruturante não só dos campos sociojurídicos, como de toda a formação social brasileira e mundial. Autores importantes desses campos já alertavam para uma construção social que tendia a organizar a sociedade de acordo com a produtividade capitalista, em que aqueles que não condiziam com a dinâmica da produção e reprodução do capital seriam separados do movimento do real e do concreto da sociedade de classes.

Dentre esses, Foucault (2002) é um dos primeiros autores que se propõe a estudar o movimento de marginalização dos ditos "loucos", aqueles que segundo ele eram uma prova de "desorganização familiar, desordem social e perigo para o Estado" (Foucault, 2002, p. 102). Esses sujeitos, os "asociais", eram tidos como não evoluídos o suficiente para viverem a dinâmica do século XVIII, sendo sujeitos que seriam ultrapassados ou vencidos pela lógica do mercado. Posteriormente, esse foco se transfere para o saber médico hegemônico, deslocando a problemática central não mais para uma questão de mero "desnívelamento social", mas uma realidade de deficiência

biológica. Para a psiquiatria da época, esses seres não tinham plena capacidade biopsíquica de conviverem em sociedade, dispostos livremente em seus territórios, e, por isso, deviam ser asilados e tratados em instituições totais, que privavam de modo completo o contato das pessoas com a vida externa.

O autor ainda nos relembra que esse movimento de criação das instituições totais para tratamento da loucura - o que mais tarde viria a se chamar de manicômio - não surge apartado de uma construção imagética do louco. Isso significa que não apenas as estruturas físicas desses locais foram construídas pensando na coerção e no tratamento médico asilar, como houve uma construção do perfil dos chamados “loucos”. Esse movimento tem como grande alicerce a constituição do direito e das normativas legais que regiam a época, resultado direto das reivindicações do iluminismo e do nascente positivismo científico. Assim, o ato da loucura surge associado justamente aos valores morais que constituíam o campo jurídico daquela sociedade e são a base de sustentação do tratamento do louco a partir da exclusão de seus direitos:

Enquanto sujeito de direito, o homem se liberta de suas responsabilidades na própria medida em que é um alienado; como ser social, a loucura o compromete nas vizinhanças da culpabilidade. O direito, portanto, apura cada vez mais sua análise da loucura; e, num sentido, é justo dizer que é sobre o fundo de uma experiência jurídica da alienação que se constituiu a ciência médica das doenças mentais. (Foucault, 2002, p. 130)

Sendo assim, a dita loucura é vista, até meados do século XX, como um problema social de gravoso dano, onde o sujeito que cometesse deveria ser afastado da convivência coletiva, devendo ser gerida pelo saber médico e condenada pela jurisprudência. De tão próximas as realidades do crime e da alienação mental na época, Foucault relata que os estudiosos não conseguiam realizar uma evidente distinção entre os ambientes das prisões e das internações psiquiátricas, tanto no aspecto da infraestrutura quanto no perfil sociodemográfico dos ditos “louco-infratores”:

Não é de surpreender que as casas de internamento tenham o aspecto de prisões, que as duas instituições sejam mesmo confundidas a pontos de se dividir os loucos indistintamente entre umas e outras. (Foucault, 2002, p. 116)

Gostamos de pensar que velhas crenças, ou apreensões próprias do mundo burguês, fecham os alienados numa definição da loucura que os assimila confusamente aos criminosos ou a toda classe misturada dos a-sociais. (Foucault, 2002, p. 118)

Nesse movimento de compreender os elementos sociais que fundamentam a sociedade capitalista como um todo, Fanon (2022), Davis (2020) e Moura (2019) foram autores que perceberam que para um real entendimento do fenômeno das desigualdades estruturais desse sistema seria necessário entender o violento processo de colonização e de comercialização do povo negro no mundo, em especial nas Américas.

Fanon (2022) é enfático ao alegar que até mesmo o sofrimento psíquico de pessoas colonizadas é produto do intenso processo de violência da diáspora africana. O racismo não só produz desigualdades físicas como produz diversas formas de sofrimento mental intrinsecamente ligado à sua forma de segregação de mentes e corpos. O epistemicídio¹, a necropolítica² e a necrobiopolítica³ são teorias do conhecimento que exemplificam essa relação de hierarquização e de dominação do povo branco para/com povo preto, mas que pelas características do presente trabalho não há como estender a discussão. Para o autor, “a classe que domina”, e que aqui podemos afirmar que diagnostica e encarcera também, não é uma classe unicamente social, sem características raciais definidas. Ao contrário:

Não são nem as fábricas, nem as propriedades, nem a conta bancária que primeiro caracterizam “a classe dirigente”. A espécie dirigente é antes de

¹ Para mais, ver Carneiro (2005)

² Para mais, ver Mbembe (2018)

³ Para mais, ver Bento (2018)

tudo aquela que vem de fora, aquela que não se parece com os autóctones, “os outros”. (Fanon, 2022, p. 37, grifos nossos)

Influenciados pelo pensamento de autores como Fanon, muitos pensadores contemporâneos passam então a entender o racismo como elemento estruturante e constitutivo da formação de muitos povos, inclusive o brasileiro, sendo uma representação do *ethos* da sociedade capitalista, isto é, o modo de ser, pensar e agir desse modo de produção (Moreira, 2020). Em uma linha de análise similar, Clóvis Moura (2014) traz ricas contribuições acerca da “dialética radical do Brasil negro”, superando a discussão da raça como uma expressão secundária da questão de classes, mas sim um pilar central. As relações raciais foram alicerces da desigual distribuição de riquezas no capitalismo - principalmente o dependente⁴ - e isso se torna um fator marcante ao realizar um exame das condições que gerem o poder nesta estrutura. O impacto da intersecção raça/classe é comprovado explicitamente nos dados sobre a população pobre, as pessoas em situação de rua, as pessoas em insegurança alimentar, as pessoas em sofrimento mental grave, as pessoas privadas de liberdade, os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa: são as pessoas negras e pobres o público-alvo mais subalternizado no Brasil e nas Américas.

Ainda assim, no último século o campo penal e do cuidado em saúde mental têm sido campos de disputas de projetos ideológicos que de um lado tentam romper com a raiz histórica de estigmatização de um público muito bem delimitado e por outro tentam “modernizar o conservadorismo”, propondo os antigos projetos manicomiais e de encarceramento em massa com

⁴ Florestan Fernandes é um autor que merece destaque nesse ponto de discussão, inovando o debate a respeito das particularidades históricas do capitalismo nas zonas do sul global, por ele denominadas “dependentes”. Florestan cita o conceito de “condição colonial permanente” como um elemento que estrutura o capitalismo nessas regiões, movido por uma associação entre as burguesias hegemônicas e dependentes que tende a super explorar ainda mais as relações sociais com os proletários dos países dependentes. Esse foi o fato que permitiu uma ampla expansão e consolidação do capitalismo no processo de escravidão e que ainda hoje mantém a taxa dos superlucros das grandes economias mundiais (Fernandes, 1989).

novas roupagens. Essas lutas, respectivamente o movimento antimanicomial e o abolicionismo penal, em certo momento vão se distanciar, constituir suas próprias representações e construir um longo processo de relevância política, tendo em certos momentos avanços e noutros retrocessos. No entanto, o presente estudo pretende verificar as proximidades das pautas de ambos os movimentos sociais e verificar suas conexões em um dos campos que vêm sendo um dos maiores palcos de embate ídeo-político: o sistema socioeducativo.

A escolha pela socioeducação se deu pelo lugar estratégico que ela ocupa dentro do campo jurídico-penal, tendo seus princípios orientados por sistemas e estatutos que são balizados por teorias sociais de cunho social-democrata, diferentemente do que ainda constitui a execução penal de adultos⁵. É sabido que a onda do conservadorismo assola o sistema, mas ainda não se constituiu de forma hegemônica, e por isso, apesar de todas as contradições, entende-se que as medidas socioeducativas podem ter um grande potencial como espaço de tomada de consciência social por parte dos adolescentes e realização de uma *práxis* emancipadora por parte dos profissionais (Ortegal, 2021).

Com isso, tem-se como objetivo expandir a discussão para os campos profissionais da saúde mental e da justiça juvenil no intuito de entender os vetores que aproximam os usuários de ambas as políticas sociais, através das legislações que regulamentam e aproximam ambos os campos, elencando os indicadores constitutivos de raça e classe que historicamente dão base para ambas.

⁵ A Lei de Execução Penal, nº 7210, é datada no ano de 1984, anterior à concretização da Constituição Cidadã de 1988. Assim, são várias as queixas que denunciam o caráter moralizador, anti socializador e de ausência de tratamento digno à pessoa privada de liberdade.

Socioeducação: contextualização

O juiz disse que era o fim da minha liberdade, mas não me lembro de ser livre (Filme Dias Sem Fim)⁶.

Antes da consolidação do modelo vigente, o tratar com a justiça juvenil era guiado pela lógica da vigilância, da punição e da repressão. Os códigos e estatutos de 1927 e 1979 visavam manter a ordem social norteados-se pela erradicação da irregularidade social e pela responsabilização penal do “menor”. Por essa ótica, a desigualdade social não era vista como fato estrutural e resultante da dinâmica do capital, era, na realidade, atrelada a visão biologicista e determinista. Assim, a exclusão social de uma parcela de cidadãos devia-se ao percurso natural da vida, em que os melhores adaptados seriam os sobreviventes a produtividade capitalista e as mazelas sociais deveriam ser reprimidas, até sua total supressão - incluindo os sujeitos que faziam parte das camadas mais baixas. Essa concepção guiou por anos as teorias do direito e iniciou um longo processo de privação de liberdade de jovens negros das regiões periféricas brasileiras.

Após um longo período de luta, fortemente influenciado pelo processo de redemocratização brasileiro e de alguns outros países latino-americanos, o modelo de atenção a adolescentes em conflito com a lei brasileiro foi reformulado, assim como diversas outras políticas sociais. Tendo seus marcos legais com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990 e o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) em 2012, o atual modelo, o sistema socioeducativo, é uma política social relativamente recente, com reconhecimento do adolescente como sujeito de direitos e em peculiar condição de desenvolvimento (Yokoy; Rodrigues, 2021). Além disso, a legislação regulamenta o princípio da proteção integral e a garantia dos direitos fundamentais a esses jovens.

⁶ O filme *Dias Sem Fim*, dirigido por Joe Roberth Cole, foi publicado em 2020 e retrata a vivência de um jovem negro no sistema penitenciário norte-americano. Durante o enredo, o jovem vai relembrando imagens de toda sua vida que fizeram parte de sua formação e lhe impuseram o crime como saída. Está disponível no Streaming Netflix.

No entanto, o direcionamento político-pedagógico seguido pelo SINASE é constantemente fruto de embates, sofrendo com uma objeção direta dos setores conservadores. Com intuito de voltar aos moldes das legislações anteriores, muitas vezes o conservadorismo utiliza de novas ferramentas para fomentar a arcaica pedagogia da correção aos adolescentes em conflito com a lei. Essa cisão entre os setores progressistas e conservadores ou entre o arcaico e moderno é pauta de discussão diversos segmentos da criminologia e até mesmo dos servidores do sistema socioeducativo:

No que se refere especificamente aos adolescentes autores de ato infracional, levantamentos realizados no Brasil mostram que as condições de aplicação das medidas socioeducativas têm sido inadequadas à promoção do desenvolvimento destes (BRASIL, 2010). O que se constata é que o enfoque socioeducativo não se sobrepôs ao correcional-repressivo e assistencialista, mas que estes coexistem e justapõem-se, tornando difícil o alcance de resultados positivos esperados da aplicação das medidas: o atendimento ainda caracteriza-se fortemente pelo enfoque da punição e pelas concepções patologizantes acerca da adolescência e do ato infracional. (Brasil, 2013, p. 24)

Diante dessas disputas que rondam o sistema, torna-se urgente que os servidores do campo e toda sociedade civil entendam a significação e o local que o socioeducativo dentro dos fenômenos sociais. Por mais que os avanços sejam nítidos no que tange a concepção que fundamenta a dimensão teórico-metodológica da política, não se pode negar que o sistema está dentro do “rol de mecanismos de controle social e respostas ao descumprimento da ordem” (Ortegal, 2018, p. 47). Assim sendo, é importante considerar a origem histórica não somente das políticas infracionais a adolescentes, como toda a composição do sistema penal, que reflete um forte caráter de seletividade racial e de criminalização da pobreza (Gershenson; *et al*, 2017; Flauzina, 2008):

Flauzina (2008) expande essa discussão, reiterando a posição histórica de autores como Fanon e Ângela Davis, alertando-nos de que o sistema penal moldou e ainda hoje molda o genocídio da população negra. Sendo as-

sim, é com a passabilidade do judiciário que vidas negras são ceifadas, encarceradas e estigmatizadas eternamente, reduzindo drasticamente a chance de ascensão social e de interrupção da vida no crime. Dentre a população carcerária 54,8% é composta por jovens de 18 a 29 anos e 60,9% negros (Brasil, 2015). Dentre os atos infracionais cometidos, o tráfico de drogas já compõe quase um terço desse público, tendo aumentado em 254% de 2006 a 2021 (Brasil, 2021).

Já no sistema socioeducativo, o grande contingente de pessoas negras também é uma realidade. No Distrito Federal, por exemplo, os adolescentes pretos e pardos expressam 68,1% em medidas em meio aberto, 70,7% na semiliberdade e 75,2% nas unidades de internação (Brasil, 2022)⁷. Essa realidade nos mostra que há um recrudescimento penal específico que cada vez mais vem ganhando novos contornos. Os lemas de “guerra às drogas”, redução da maioridade penal, prisão perpétua, pena de morte são discussões que tendem a dar continuidade a sistematização do racismo dentro dos juizados.

Todavia, é importante suscitar que o sistema socioeducativo tem lugar de destaque na ampliação dos direitos sociais do adolescente, que em sua maioria estão em situação de negligência ao adentrar no sistema. A escassez das políticas públicas faz com que o acompanhamento socioeducativo assuma uma posição de “bode expiatório” do problema da violência juvenil, que nasce da ausência das políticas de proteção e prevenção de riscos a esse público (Brasil, 2013). Nesse limiar, o socioeducativo novamente assume o aspecto de contradição, no sentido de que quando um adolescente é “incluído” nessa política social, geralmente passa por processo de exclusão de outras políticas. Essa contradição é um elemento constitutivo não somente do socioeducativo, como de todas as políticas sociais no capitalismo, o que

⁷ Os dados dessa pesquisa mostram um grande percentual de quesitos raça/cor não preenchidos. 21,5% no meio aberto, 20,4% na semiliberdade e 9,4% na internação. Esse fato é preocupante e permite-nos levantar duas hipóteses: 1) Não está sendo feito um trabalho de letramento e identificação racial com parcela dos adolescentes privados de liberdade, de modo que muitos não reconheçam sua raça/cor; 2) Servidores podem estar sendo influenciados pelo racismo institucional e com isso não estão avaliando tal item como essencial na identificação do jovem, de forma que impossibilita a análise do dado.

exige que os profissionais assumam um direcionamento de reivindicação do direito violado visando a garantia da plenitude de todos os direitos desse usuário:

[...] as políticas sociais constituem um campo contraditório, caracterizado por processos de exclusão e inclusão social. Por um lado, o acesso às políticas sociais minimamente garante o atendimento das suas necessidades básicas, configurando um processo de inclusão social. E, por outro lado, esses atendimentos são desenvolvidos na forma de benefícios, reforçando o traço da exclusão social dessa população e de benemerência nas políticas sociais. (Faceira *et al*, 2022, p. 154)

Esse resgate sintetiza a posição dialética que a socioeducação possui no leque judiciário. Em uma via produz e reproduz as violências raciais e sociais que constituem a macroestrutura, mas por outra via tem a capacidade de promover ações que extrapolem as barreiras do estigma penal, prezando pela integração social dos jovens e seus familiares. Desse modo, o servidor socioeducativo deve entender a importância das ações de articulação em redes, do processo de tomada de consciência e de responsabilização do adolescente⁸, dos familiares e da unidade que fundamentam sua atuação.

Após situar o tempo histórico e o espaço social em que está inserido o sistema, fica explícita a importância da multidisciplinaridade e o trabalho intersetorial com os equipamentos do território, entendendo que não há como realizar um trabalho isolado das outras políticas sociais. O acesso a assistência social, a saúde, a cultura, ao lazer, ao esporte, a iniciação profissional, a ações de integração familiar, a sondagem de aptidões e habilidades são eixos dos Planos Individuais de Atendimentos (PIAs). Esse plano é visto, assim, como a materialização de um projeto de vida que estimule o

⁸ Nesse ponto, o SINASE preconiza responsabilização “quanto às consequências lesivas do ato infracional, sempre que possível incentivando a sua reparação” (Brasil, 2012). No entanto, é necessário frisar que a responsabilização não é uma ação apenas de cunho individual, mas também social e político, um elemento tripartite (adolescente, familiares e Estado) que reflete na garantia dos direitos e no princípio de cidadania (Valente, Oliveira, 2015).

pensamento crítico sobre os fenômenos, que lhes provoque uma reflexão sobre sua realidade de vida e os garanta acesso aos direitos nas mais diversas políticas sociais (Souza; Souza, 2018).

É dessa simbiose entre as políticas sociais que nasce a necessidade da discussão da saúde mental dentro do ambiente socioeducativo. Em um primeiro momento foi exposto que ambas as políticas nascem no seio de um singular movimento de repressão e seletividade, mas como esses aspectos se materializam nas adolescências? Como as demandas de saúde mental são atravessadas dentro das violências cotidianas de escassez das políticas sociais para os jovens? Como as associações “louco - criminoso” ou “paciente judiciário” ainda são constituintes e estruturantes para as internações no campo jurídico e no campo da saúde? Por fim, quais são os corpos que mais sofrem com as privações de direitos e de liberdade?

Socioeducação e saúde mental.

O setor da saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência [...]ª Maria Cecília de Souza Minayo

Na linguagem popular não é incomum ouvir ditados que colocam a saúde em um lugar de prestígio, um foco de atenção, inclusive pelos adolescentes em conflito com a lei: “Saúde em primeiro lugar”; “Sem saúde não temos nada”; “Aquele que não tem tempo para cuidar da saúde vai ter que arrumar tempo para cuidar da doença”. Essas frases de todo modo representam, por um lado, uma preocupação legítima e que exprime uma realidade de grande parte das famílias negras e/ou periféricas brasileiras, em que a incidência de doenças geneticamente transmissíveis é inúmeras vezes maior do que a de famílias brancas e/ou de classes superiores (Oliveira, 2003). Por outro, parece idealizar a saúde como algo distante da dinâmica

⁹ MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S. l.], v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1997. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59701997000300006>.

social, em que o sujeito precisa se esforçar para evitar a doença e não cuidar da saúde como algo que lhe garante vitalidade e qualidade de vida.

No campo da política social, ao tratar do eixo saúde em seus atendimentos, muitos profissionais de outras políticas tendem a reduzir o conceito a um mero termo biomédico, sem uma implicação psicossocial. Em alguns casos, os servidores logo encaminham para rede de saúde por entenderem que aquela demanda está além de suas competências, sem ao menos realizar uma escuta qualificada ou um acolhimento dentro dos limites e potencialidade da atuação profissional e da instituição. Esses atos amarram a figura da saúde como um conceito apartado da realidade daquela política social, sendo um outro ator que deve ser convocado de forma específica para intervir em uma demanda pontual - seja de saúde mental, física ou sexual, como é de *praxe* no fluxo do sistema socioeducativo (Albuquerque; Silva, 2014).

As duas visões expostas colocam a saúde em um local engessado, não como um movimento fluído e produto das relações sociais. Essa é justamente a visão que vêm sendo combatida historicamente pelos movimentos sociais da saúde, como consolidado nos processos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil. De modo geral, as militâncias do campo defendem o conceito de saúde ampliada: um processo de produção de vida atravessado pelas condições concretas e reais de cada grupo e cada individualidade, estando muito além do conceito de mera “ausência de doenças”. São elementos dinâmicos e partícipes de uma relação social macroestrutural, que são determinados coletivamente e movidos pela influência das condições de vida, dadas pela fase atual do capitalismo (Albuquerque, 2014; Garbois, 2017).

É, justamente, por essa linha de análise que se pretende analisar a intersecção do campo da saúde - mais especificamente a saúde mental - e o sistema socioeducativo:

A atenção integral à saúde implica a escuta das demandas dos adolescentes por parte dos profissionais, com o acolhimento de suas histórias, de suas condições de vida e, conseqüentemente, de suas necessidades em saúde.

Desse modo, o profissional desloca-se da perspectiva estrita do adoecimento e seus sintomas isolados e consegue efetivar o cuidado integral à saúde dessa população. Somente nessa perspectiva é que a Saúde poderá contribuir, de fato, para a ressocialização dos adolescentes em atendimento socioeducativo. (Brasil, 2021, p. 6)

A escolha pela saúde mental foi feita neste trabalho pela urgência e necessidade do tema dentro dos campos jurídicos, em especial na socioeducação, em que visivelmente há inconformidades na adequação dos princípios da luta antimanicomial e cuidado no território - como prescrito pelo SUS- com o cotidiano das unidades socioeducativas, em especial de meio fechado.

Como instrumentos balizadores de análise, além das próprias normativas do ECA para crianças e adolescentes de forma geral, o sistema socioeducativo conta com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei (PNAISARI), com os artigos 60 a 65 do SINASE e em 2023 ganhou um enorme reforço com a Resolução 487 do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Essa última merece destaque não somente na socio educação como em todo campo jurídico, porque instaura a política antimanicomial no sistema judiciário, impondo ações de fiscalização e vigilância as medidas de segurança em vigor e institui medidas que visam a desospitalização e o fechamento de manicômios judiciários. Destacamos alguns parágrafos de seu terceiro artigo:

Art. 3º São princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal:

I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;

IV – a proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir

da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;

VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos;

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso;

XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários. (Brasil, 2023, p. 8 e 9, grifos nossos)

Os parágrafos citados mostram a adequação da Resolução frente às demandas contemporâneas do cuidado em liberdade, contrariando veementemente o aprisionamento de pessoas privadas de liberdade e em sofrimento mental em instituições totais e com vinculação religiosa como forma de tratamento terapêutico. Sabe-se que cada vez mais as ditas Comunidades Terapêuticas vêm ocupando espaço na Rede de Atenção Psicossocial

(RAPS)¹⁰ e no sistema judiciário, recebendo subsídios milionários do Estado. A maioria desses espaços remodelam os ambientes manicomial, com foco na reabilitação do sujeito através da religiosidade cristã e no afastamento de sua comunidade e de seu lar. São inúmeros os escândalos de violação de direitos cometidos por essas instituições, que se mostra um negócio com exponencial potencial financeiro para muitos empresários do ramo da saúde privada.

Não obstante, a polarização entre o ambiente da saúde mental e o judiciário é o ponto crucial que degrading o encontro das lutas aqui supracitadas (antimanicomial e abolicionismo penal), pois é incongruente pensar o trabalho de profissionais de saúde mental dentro de um ambiente, que assim como eram os manicômios, sustentam-se na privação do principal pilar de tratamento, a liberdade. Por esse motivo, a presente documentação consolida - a nível legal- uma parceria reivindicada há anos por esses movimentos sociais e por servidores das carreiras, que é o alinhamento entre essas políticas. Por conseguinte, compromete-se a alinhar as ações de saúde dentro do âmbito judiciário aos princípios da Lei 10.216/2001, de forma a respeitar e se comprometer na luta pelo fim do modelo manicomial.¹¹

Quanto à socioeducação, o SINASE nos traz o primeiro arcabouço metodológico para análise das condições de saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa. Em consonância com o lema de saúde

¹⁰ Instaurada pela portaria 3.088/2011, a RAPS sistematiza o modelo de atenção a pessoas em sofrimento mental e/ou que fazem uso de Álcool ou Outras Drogas no Brasil, com base nos princípios da luta antimanicomial e da Lei do Cuidado em Liberdade, 10.216/2001. No entanto, a portaria abriu espaço para as Comunidades Terapêuticas na forma de Parceria Público-Privada como um serviço de atenção residencial transitório, no período de nove meses, o que se mostrou um ramo de interesse para muitos empresários. Guiada pela lógica mercantil, esses espaços não garantem os Direitos Humanos, a equidade, a atenção humanizada, o combate ao estigma e ao preconceito, entre outros princípios preconizados pela RAPS. A Política de Saúde Mental brasileira sofre um intenso processo de desmonte e sucateamento, tendo, em 2017, a volta dos Hospitais Psiquiátricos como parte dos dispositivos da RAPS, através da portaria 3.588.

¹¹ O manicômio, para além de um espaço físico, engendra um modelo estrutural de cuidado, pautado no isolamento, no distanciamento da rede de apoio e na associação imagética da loucura com um certo nível de periculosidade (Amarante, 2008; Basaglia, 1991).

integral do SUS, os artigos 60 a 63 estipulam as diretrizes que as unidades devem se orientar. Como já dito, a saúde compõe um dos segmentos chaves para a construção de um novo projeto de vida dos adolescentes, e isso é potencializado pelo Sistema:

I - previsão, nos planos de atendimento socioeducativo, em todas as esferas, da implantação de ações de promoção da saúde, com o objetivo de integrar as ações socioeducativas, estimulando a autonomia, a melhoria das relações interpessoais e o fortalecimento de redes de apoio aos adolescentes e suas famílias;

V - garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde, por meio de referência e contrarreferência, de acordo com as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasil, 2012)

Temas como prevenção a doenças na atenção básica, saúde sexual e saúde mental são citados como eixos a serem trabalhados especificamente com esse público. Além disso, as atividades profissionais e a estruturação física dos ambientes de saúde também devem ser pensadas para cativar esses adolescentes, de modo a incentivá-los e engajá-los no acompanhamento.

Especificamente no eixo saúde mental, álcool e outras drogas, os artigos 64 e 65 sistematizam o modelo de atenção em que se deve pautar o cuidado:

§ 7º O tratamento a que se submeterá o adolescente deverá observar o previsto na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (Brasil, 2012)

Com isso, o SINASE garante o atendimento dos adolescentes em conflito com a lei e em sofrimento mental nos moldes da luta antimanicomial, dentro dos serviços da RAPS. No entanto, ainda não é bem explicitado pelo Sistema como se dá esse fluxo de encaminhamento, quais os serviços de referência e como deve ser realizado o trabalho de conscientização do jovem para acesso ao tratamento. Esse fato é ainda mais confuso quanto ao uso

abusivo de substâncias psicoativas (SPAs), em que não há evidência a conceitos como “redução de danos” ou “reabilitação psicossocial”, não há explicações de como esse tema deve ser trabalhado pelas unidades de justiça e de saúde e muito menos como esse fato atravessa a vida de vários jovens, muitas vezes colocando-os em situação de descumprimento de medida ou de reincidência. De fato, a normativa parece propor um molde a ser seguido, mas não deixa pistas evidentes de como se concretizar a articulação efetiva entre as políticas, visando tanto o cuidado integral em saúde quanto o cumprimento da medida socioeducativa.

Já a PNAISARI, levanta dimensões teóricas, metodológicas e práticas para as articulações do sistema socioeducativo com a política de saúde. Também ancorado no conceito de saúde ampliada, a Política Nacional é erigida por três matrizes: 1) o diagnóstico epidemiológico local do território; 2) a interlocução com outras políticas sociais; 3) o levantamento das demandas pessoais do adolescente (Brasil, 2021).

A Política prevê uma verdadeira articulação entre os Planos Terapêuticos Singular (PTS) do campo da saúde¹² e os PIAs dos adolescentes, de modo a integrar e referenciar o trabalho conjunto das unidades de saúde e de socioeducação (Brasil, 2021).

No campo da saúde mental, o documento tem uma preocupação específica com os adolescentes que cumprem medida em meio fechado. O primeiro motivo para isso é o processo adoecedor que a própria privação de liberdade possui. Amarante (1996) nos traz o conceito de “duplo da doença mental”, cunhado inicialmente por Franco Basaglia, precursor dos movimentos de Reforma Psiquiátrica no mundo. Para ele, as instituições totais têm a característica de criar um “adoecimento institucional”, isto é, agudizar o sofrimento das pessoas ao propor que sua vida social, em liberdade, no seu território, com sua rede de apoio, seja substituída por um local distante,

¹² “O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo que resulta da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com Apoio Matricial, se esse for necessário” (Oliveira, 2007, p. 27).

com uma estrutura física de cerceamento, com pessoas até então desconhecidas e com práticas de regulação e controle:

Assim, “por duplo da doença mental” é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. São formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de “pré-conceitos” científicos, fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental. (Amarante, 1996, p. 80, grifos nossos)

Em segundo lugar, porque, para a PNAISARI, os serviços do território podem funcionar como uma verdadeira potência, que transforma a relação do usuário com aquela comunidade, tendo a unidade como uma referência de um local de cuidado e acolhimento. No caso dos adolescentes em unidades de internação, há uma grande resistência a saídas dos mesmos para atividades externas, inclusive para o cuidado em saúde¹³, o que reflete diretamente no cunho ressocializador das ações e atravança uma reintegração comunitária do adolescente (Brasil, 2021). Isso acaba por dificultar o engajamento do adolescente no tratamento, o que, por muitas vezes, resulta em reincidências por atos infracionais relacionados ao uso pessoal ou ao comércio de drogas.

Os itens 2.6 e 2.7 finalizam o tópico de saúde mental, álcool e outras drogas. Ambos promovem a ideia de os profissionais de saúde mental estarem presentes nas unidades socioeducativas. Nesse ponto, há uma clara

¹³ Nas unidades de internação há uma equipe de Atenção Primária à Saúde, mas que por muitas vezes não consegue atender todas as demandas dos adolescentes, necessitando de um cuidado especializado. Nesse caso, o ideal seria o acompanhamento pelo serviço de saúde referência do território, mas muitos gestores das unidades tendem a embarreirar essas saídas pela extensa movimentação que deve ser feita (ambulância, agentes socioeducativos acompanhando, comunicação de saída para o judiciário, entre outras ações dependendo do estado).

menção aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPSs) e aos Hospitais Gerais (HGs), serviços de referência para tratamento e manejo de crise na RAPS, respectivamente. Para o caso do uso abusivo de álcool e outras drogas, há um direcionamento que sugere uma avaliação clínica para identificar quadros de abstinência e fissuras decorrentes da interrupção compulsória do uso de drogas, em casos de internação. Mesmo que não tenha uma citação direta aos conceitos de “redução de danos” ou “reabilitação psicossocial”, subentende-se que uma avaliação em saúde comprometida com a normativa vigente necessita trabalhar tais conceitos com os jovens privados de liberdade.

Desse modo, uma análise pertinente das legislações que organizam o trabalho intersetorial entre as políticas sociais que se relacionam com o sistema socioeducativo permite que os pesquisadores, servidores e até mesmo os usuários entendam quais são os limites e possibilidades do campo. Ademais, no caso dessa pesquisa, a diretriz técnica e metodológica das normativas permite-nos ir “mais profundamente no problema” e verificar como é tratado o conceito de “saúde mental” adotado, quais elementos psicossociais, históricos e étnico-raciais são levados em consideração ao citar o tema e como são abordados de forma a interferir no acompanhamento socioeducativo.

E então, o que fazer?

A nível de conclusão, abarcando o conteúdo introdutório da historicidade das prisões e manicômios e seus respectivos redirecionamentos de modelos nos tempos atuais, e o desenvolvimento da discussão entre a intersecção das políticas públicas de saúde e de justiça na contemporaneidade, em específico a saúde mental e socioeducação, chega-se a duas hipóteses que podem ser comprovadas pelas experiências práticas e pelos desníveis teóricos cometidos pelas legislações:

- 1) A constante disputa de forças dos setores conservadores e progressistas da sociedade se reproduz nas políticas sociais, tanto em seu direcionamento político quanto na aplicação profissional. O que se

quer dizer com isso é que o movimento contraditório das políticas sociais no capitalismo, como bem trazido por Faceira *et al.* (2022), permite que as legislações possuam brechas para embates no espectro ídeo-político. Isso se materializa na presente pesquisa no movimento de distanciamento entre o lema da luta antimanicomial, legalmente representado pela Lei 10.216/2011 e pela RAPS, e as instituições totais que compõem o rol de mecanismos do sistema judiciário.

Os registros históricos apontam para o nascimento sobreposto dos manicômios e prisões como um único ambiente, voltado para o mesmo público-alvo, mas com o passar do tempo o lema da luta antimanicomial avançou na discussão de suas pautas e conseguiu materializar um modelo de cuidado em liberdade, mesmo que com contradições latentes. Já o abolicionismo penal teve avanços no que tange os Direitos Humanos e o respeito às pessoas privadas em liberdade, mas (ainda) não teve êxito em consolidar um modelo de ressocialização avesso as prisões. Esse desencontro de princípios gera uma dificuldade de tornar prática as decisões legislativas de um “modelo de atenção à saúde mental de pessoas privadas de liberdade”, tal como a Resolução 487 do CNJ. Não reduzindo-se ao fatalismo, pois entendemos a importância da legislação citada no campo das batalhas que circulam as políticas sociais, mas o que se pleiteia é que a presente resolução assim como todas outras citadas no decorrer do artigo, não são capazes de modificar a natureza da prisão, e com isso não contemplam o cuidado em liberdade na totalidade do conceito. As mediações devem ser feitas e o lema antimanicomial deve sim chegar nas penitenciárias, mas para que isso ocorra de modo completo, apenas com a erradicação total de todo e qualquer modo de ambiente que prive a liberdade dos sujeitos!

- 2) A necessidade da discussão da questão racial no campo ultrapassa atividades coletivas pontuais ou discussões teóricas. É necessário que as demandas étnico-raciais sejam ouvidas e consolidadas como metas nos PIAs, na capacitação das equipes e em tudo que garanta

o cumprimento das medidas. Reiteramos o lugar estrutural que essa questão ocupa em toda sociedade de classes, mas com um teor específico na saúde mental e no sistema judiciário: negros são maioria dos usuários de saúde mental, no sistema socioeducativo e no sistema carcerário. Esses dados, além de terem suas raízes imbricadas com o processo de formação social brasileiro, mostra-nos a necessidade de atuações profissionais antirracistas, que, no caso das políticas sociais aqui trabalhadas, analisem com responsabilidade e com esmero a transversalidade da temática racial na vida daquele adolescente, a associação da sua condição de vulnerabilidade com a prática criminal, o processo de marginalização desse sujeito, a ausência de oportunidades do Estado para seu desenvolvimento, a estigmatização pelo quesito raça/cor, pelas vestimentas, por cumprir medidas socioeducativas ou por ser morador de um bairro periférico e o impacto de toda essa “bagagem de preconceitos” na sua saúde mental. O que se defende na presente pesquisa é que não mais os sujeitos negros tenham que ser “os loucos que não podem errar”¹⁴, mas que tenham sim direito ao erro, ao cuidado e principalmente, tenham seus direitos garantidos, no lugar em que estiver!

Sendo assim, não se tem como objetivo esgotar a discussão e chegar em conclusões indiscutíveis ao tema. Mas, procura-se mostrar caminhos de análise que devem ser evidenciados ao discutir as interfaces entre “questão racial”, “saúde mental” e “sistema socioeducativo””. Por fim, o presente trabalho se mostra como fruto de uma perspectiva decolonial crítica que defende como processo conjunto a superação da violência como forma de dominação, do racismo e do capitalismo.

Referências

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em**

¹⁴ Trecho da música “Negro Drama” de Racionais MC’s.

Debate, [S. l.], v. 38, n. 103, p. 953-965, 2014. GN1 Genesis Network.
<http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para loucura e psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BRASIL. **Anuário Estatístico - Ano base 2020 e 2021**. Dados estatísticos do sistema socioeducativo do Distrito Federal nos anos de pandemia. Disponível em: <https://www.sejus.df.gov.br/sejus-divulga-dados-do-anuario-estatistico-do-sistema-socioeducativo/>. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. **Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde: saúde da população negra**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. v. 2. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/populacao_negra_no_vembro_2022.pdf. Acesso em: 24 mar. 2023

BRASIL. **Lei 10.216/ 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm
Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. **Lei 12.594/2012**. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e

altera as Leis nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12594.htm. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. **Lei 8069/90**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei. Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2Mw==#:~:text=Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia,-,Pnaisari%20%3A%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Integral%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20de%20Adolescentes,%3A%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%2C%202021>. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para

dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.

Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. **Projeto Político-Pedagógico das Medidas Socioeducativas no Distrito Federal - Meio Aberto**. Disponível em:

https://www.crianca.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/ppp_meio_aberto_secianca.pdf. Acesso em 24 mar. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 487 do Conselho Nacional de Justiça**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário procedimentos e estabelece diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. Disponível em:

<https://www.conjur.com.br/2023-fev-27/cnj-publica-resolucao-politica-antimanicomial-judiciario>. Acesso em: 24 mar. 2023.

DAVIS, A. **Are prisons obsolete?**: Seven Stories Press. Nova York, EUA. 2003.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução Heci Regina Candianini. Boitempo. São Paulo, 2016.

DUARTE, E. C. P. **Criminologia & Racismo**. Curitiba: Juruá, 2002.

DUARTE, M. J. O. Racismo, Subjetivação e Saúde Mental: contribuições para a reforma psiquiátrica antimanicomial. *In.*: DAVID, C. E. (org.). **Racismo, Subjetividade e Saúde Mental: pioneirismo negro**. São Paulo; Porto Alegre: Hucitec; Grupo de Pesquisa Egbé; Projeto Canela Preta, 2021. p. 21 - 34.

FACEIRA, L. S.; *et al.* As Contradições e os Desafios da Política de Assistência Social no âmbito da Execução Penal. *In.*: CONCEIÇÃO, J. R.; RUIZ, J. L. S (org.). **Serviço Social e Prisões: Dimensões e Desafios Políticos e Profissionais**. Campinas-SP: Saberes e Práticas, 2022.

FANON, F. **Os condenados da terra**. Tradução Ligia Fonseca Ferreira, Reginaldo Salgado Campos. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: UFBA, 2008.

FERNANDES, F. **O desafio educacional**. São Paulo: Cortez; Autores Associados, 1989.

FERNANDES, F. **Significado do Protesto Negro**. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2017.

FLAUZINA, A. L. P. **Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 37. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GARBOIS, J. A; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 41, n. 112, p. 63-76, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.

GERSHENSON, B; *et al.* Juventudes “encerradas”: extermínio e aprisionamento segundo opressões de classe, raça e gênero.

Argumentum, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 119-133, 21 maio 2017. Universidade Federal do Espírito Santo.
<http://dx.doi.org/10.18315/argum..v9i1.13724>.

MOREIRA, T. W. F. **Serviço Social e luta antirracista**: contribuição das entidades da categoria no combate ao racismo. Belo Horizonte: Letramento, 2020.

MOURA, C. **Dialética Radical do Brasil Negro**. 2. ed. São Paulo: Fundação Mauricio Grabois; Anita Garibaldi, 2014.

OLIVEIRA, F. **Saúde da População Negra**: Brasil ano 2001. Brasília: OPAS, 2003.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, C. L. O pensamento de Franco Basaglia na área da Saúde Mental. *In.*: Encontro Nacional da ABRAPSO, 16., 2011, Recife. **Anais [...]**. Recife: ABRAPSO, 2011.

ORTEGAL, L. R. O. **Atos de reexistência: juventude negra, reinvenções e resistência anti-extermínio**. Tese (Doutorado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

ORTEGAL, L. R. O. Questão racial e sistema socioeducativo: uma introdução ao debate. *In.*: BISINOTO, C; RODRIGUES, D. S. (org.) **Socioeducação**: vivências e reflexões sobre o trabalho com adolescentes. Curitiba: CRV, 2018.

TRINDADE, M. Encarceramento digital: a cultura do cancelamento e sua contribuição no adoecimento da população negra. *In.*: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 7., 2022. **Anais [...]**. Rio de Janeiro, 2022.

Islamofobia e saúde mental: impactos da violência contra as mulheres muçulmanas no Brasil

Camila Motta Paiva

Violência e religião, uma relação relevante para a saúde coletiva

O Brasil está entre os países mais violentos (Ipea, 2018), mais ansiosos (OMS, 2017) e mais religiosos (Ipsos, 2023) do mundo. Embora tais dados venham sendo discutidos separadamente, propõe-se neste capítulo uma análise da articulação entre violência, religião e saúde mental: uma relação complexa, multifacetada e que, embora relevante e até mesmo urgente, encontra pouca capilaridade na literatura, tanto no âmbito específico da psicologia como no campo maior da saúde coletiva.

Não é de hoje que a violência se constitui como um problema para a saúde dos brasileiros. Enfrentada não apenas pelo viés biomédico, mas enquanto questão social, apresenta-se contemporaneamente como um dos principais desafios de saúde pública (Minayo, 2006). Dentre os impactos da violência sobre a saúde, destaca-se a agenda da saúde mental: a experiência e a exposição à violência produzem sofrimento psíquico em indivíduos e coletividades.

No entanto, embora todos possam ser potencialmente impactados pela violência, ela não atinge a todos na mesma proporção: sabe-se que a saúde está diretamente atrelada às condições de vida; portanto, fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais devem ser considerados nesta análise, já que influenciam, positiva e/ou negativamente, a situação de saúde de indivíduos e grupos (Buss; Pellegrini Filho, 2007). Quando interseccionados, a consideração de tais determinantes sociais de saúde revela a maior suscetibilidade de certos grupos aos efeitos da violência, devido às desigualdades sociais, à discriminação e à exclusão.

Entre tais grupos vulneráveis, encontram-se as minorias religiosas. A religião é, também, um determinante social de saúde (Idler, 2014; Kawachi, 2020). Ainda que bastante invisibilizada (Idler, 2014), a dimensão da espiritualidade-religiosidade vem sendo, especialmente nas últimas décadas, legitimada como fator de saúde e de produção de cuidado (Scorsolini-Comin, 2018; Toniol, 2022): por muito relegada a um plano meramente simbólico e não como capaz de produzir desigualdades e iniquidades em saúde, apenas recentemente a religião começa a ser incorporada na pauta política da saúde coletiva, mas ainda de forma incipiente (Almeida Filho, 2010).

As crenças e práticas religiosas podem ter um impacto significativo tanto na prevenção quanto na ocorrência da violência (Ribeiro; Minayo, 2014): por um lado, de forma geral, as religiões incentivam a adoção de comportamentos saudáveis e estimulam o senso de comunidade e a convivência pacífica, atitudes favoráveis à saúde de indivíduos e coletividades (Paiva; Barbosa, 2019); por outro lado, podem fomentar o extremismo, bem como expor seus seguidores à discriminação e preconceito. É sobre o último ponto que versaremos neste capítulo: a violência sofrida por pessoas religiosas, violência esta que ocorre justamente *em função* da religião - minoritária, não-hegemônica - que seguem em um país marcadamente cristão.

“Nos últimos dois anos, crimes em razão da religião aumentaram 45% no Brasil”: é o que noticia o G1, em 18 de janeiro de 2023. Dias depois, em 29 de janeiro, o mesmo portal publica que “liberdade religiosa ainda não é realidade” no país. Embora a Constituição de 1988, a Constituição Cidadã, em total alinhamento com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, assegure a liberdade religiosa, de crença e de sua manifestação, a intolerância está na base da sociedade brasileira. Ano a ano, os números crescem: de 2021 para 2022, por exemplo, houve um aumento de 106% no número de casos de intolerância religiosa recebidas pelo Disque 100, canal governamental para a denúncia de violações de direitos humanos. De

acordo com os dados da reportagem, em 2022 foram recebidas 1.200 notificações de intolerância religiosa, o correspondente a, em média, três denúncias por dia (Bernardo, 2023).

Tais taxas alarmantes são, em realidade, subestimadas: a escassez de dados formais se justifica pela subnotificação de casos e por sua dificuldade de tipificação, mesmo quando denunciados - há uma “produção ativa da invisibilidade” quando se fala em crimes de ódio no país (Pacheco, 2023). Em 2016, foi publicado o Relatório sobre Intolerância e Violência Religiosa no Brasil, elaborado a partir dos dados coletados entre 2011 e 2015. O estudo, que lamentavelmente não foi repetido nos anos subsequentes, definiu intolerância e violência religiosa como “o conjunto de ideologias e atitudes ofensivas a diferentes crenças e religiões” (Pacheco, 2023, p. 8). Entende, ainda, a intolerância religiosa como crime de ódio, e a violência e a perseguição por motivo religioso como práticas “caracterizadas pela ofensa, discriminação e até mesmo por atos que atentam à vida” (Pacheco, 2023, p. 8). A violência é, portanto, um dos reflexos da intolerância: em outras palavras, a violência é por onde a intolerância mais se deixa transparecer, em uma escalada da intolerância à violência.

Embora a maioria das ocorrências tenha sido registrada por praticantes de religiões de matriz africana, como umbanda e candomblé - dados estes corroborados pelo II Relatório sobre intolerância religiosa: Brasil, América Latina e Caribe (2023) -, os ataques contra muçulmanos também vêm sendo destacados (Perillo, 2022). Dado o exposto, este capítulo tem como objetivo contribuir com essa discussão, colocando ênfase sobre os prejuízos da islamofobia sobre a saúde mental de muçulmanos no Brasil, grupo religioso pesquisado pelo GRACIAS, o Grupo de Antropologia em Contextos Islâmicos e Árabes (FFCLRP/USP).

O Islã¹ e a islamofobia no Brasil

O Islã é a segunda maior religião do mundo e a que cresce de forma mais veloz, mas, no Brasil, os muçulmanos são, de fato, minoria. Embora a população muçulmana cresça no país tanto pelas conversões/reversões quanto pela imigração/refúgio, o censo de 2010 contabilizou pouco mais de 35 mil muçulmanos, o que representaria apenas 0,02% da população brasileira (Castro; Vilela, 2019).

Muito mais do que numérica, a invisibilidade desse grupo religioso no cenário nacional explica-se pelas nossas estruturas sociais. De acordo com Schwarcz (2019, p. 22), por muito perdurou o mito de que o Brasil seria um “país harmônico e sem conflitos”, no qual “inexistiriam ódios raciais, de religião e de gênero”. Tal cenário idílico ignora os fatos histórico-sociais: a imposição do catolicismo trazido pelo colonizador; as bases do país, cimentadas sobre a violência da colonização e da escravidão; a perseguição às religiões de matriz africana, introduzidas no país por escravizados pertencentes a variados subgrupos etnoculturais – a intolerância religiosa remonta, pois, às nossas origens coloniais, e perdurou ao longo de toda a nossa história enquanto nação.

Embora a presença islâmica no Brasil seja mais conhecida devido aos fluxos de imigração árabe, principalmente de libaneses, sírios e palestinos que, impulsionados por crises socioeconômicas e conflitos geopolíticos, chegaram ao Brasil no final do século XIX e ao longo do século XX, as primeiras comunidades islâmicas brasileiras foram construídas na primeira metade do século XIX pelos malês, muçulmanos escravizados. No entanto, há um apagamento do Islã e de seus seguidores, invisibilizados dos processos de constituição do país, do cenário social brasileiro contemporâneo e das pesquisas acadêmicas produzidas em solo nacional - como argumenta Scorsolini-Comin (2018) em sua produção científica, existe

¹Há um equívoco conceitual no uso do termo “Islamismo” quando utilizado para fazer menção à religião islâmica. Em geral, privilegia-se “Islam” (do original em árabe) ou “Islã” (em português do Brasil) para designar a religião enquanto crença, ao passo que a nomenclatura “Islamismo” se refere aos aspectos de sua ideologia política.

uma hierarquização espiritual-religiosa que endossa intolerâncias, silenciamentos e invisibilidades.

É comum que se aborde o Islã e seus seguidores através de estereótipos e distorções, que tendem a vilificar os homens e a destacar a chamada “condição das mulheres muçulmanas”, usualmente atrelando-as à submissão e à opressão (Paiva; Barbosa, 2021). O imaginário de muçulmanos como violentos retrocede ao pensamento cristão medieval (Arjana, 2015), pois o rebaixamento desta religião e de seus seguidores, bem como as manifestações de repúdio em relação a eles, existem desde a sua gênese no século VII: Armstrong (2002) mostra que, já em seu surgimento, havia um ataque a esta religião por motivos econômicos e políticos, para além da crença. No entanto, a estigmatização sobre este grupo religioso se intensificou na contemporaneidade após o 11 de setembro de 2001, quando passam a ser associados com o terrorismo. Tais construções desumanizantes estão profundamente enraizadas na consciência ocidental, e atuam de forma a desqualificar os muçulmanos perante a sociedade, contribuindo para a incitação da violência direcionada a estas pessoas. Esses estigmas não refletem a diversidade da comunidade muçulmana, composta por mais de um bilhão e meio de indivíduos em todo o mundo; entretanto, ao serem rotulados por estes atributos negativos que lhe são conferidos, muçulmanos têm sua diversidade apagada, suas experiências generalizadas e seus sofrimentos deslegitimados.

Há uma linha que separa as violências que são socialmente toleradas e as que são condenadas (Minayo, 2006). No caso em questão, muito se condena a violência cometida por indivíduos identificados como muçulmanos, mas dificilmente se olha com atenção para a violência por eles sofrida, como a invasão colonialista e imperialista em territórios em que são maioria (Nasser; Amaral, 2020), o estupro de mulheres muçulmanas como crime de guerra (Rial, 2007), as agressões e violações diversas que sofrem como consequência da chamada “guerra ao terror” (Younis, 2021), os genocídios e epistemicídios contra muçulmanos ao longo da história (Grosfoguel, 2011). Existem vidas que importam, que são passíveis de luto, que devem ser cuidadas e preservadas, e outras que não (Butler, 2015) - e,

dentre as vidas usualmente negativadas, estão as dos muçulmanos. A violência que sobre eles incide, que para eles é direcionada, passa a ser naturalizada: supõe-se que são pessoas inerentemente violentas, que seguem uma tradição também tachada como violenta; logo, justifica-se a violência cometida contra eles como uma espécie de autodefesa. Esse processo de naturalização tende a obscurecer as origens sociais e históricas da associação entre religião e violência, reforçando a ideia de que a última é fruto de características biológicas ou psicológicas intrínsecas aos indivíduos, e não de desigualdades sociais e relações de poder.

Esporadicamente, acolhíamos os casos de intolerância aos muçulmanos que se apresentavam a nós, pesquisadores, durante nossas investigações conduzidas em campo islâmico brasileiro. Os episódios geralmente envolviam agressões físicas e/ou psicológicas direcionadas sobretudo às mulheres muçulmanas que usavam o *hijab*, o véu islâmico, por ser este um elemento que publiciza a filiação religiosa destas pessoas. Entretanto, a partir de 2018, notamos um aumento das queixas que chegavam ao grupo, algo que, em retrospecto, atribuímos ao contexto sociopolítico turbulento que o país enfrentava: o recrudescimento da instilação da retórica de ódio direcionada às religiosidades não-cristãs incitou as manifestações de violência contra elas. Assim, embora a temática já se fizesse presente de forma espalhada em nossas distintas pesquisas, a profusão de relatos e a escassez de dados formais sobre este fenômeno motivaram o GRACIAS a sistematizar os dados sobre a islamofobia no Brasil.

Com o intuito de expor a existência de tal fenômeno no país, destacar as suas formas mais elementares de manifestação e suas consequências sobre as comunidades muçulmanas brasileiras, desenvolvemos um questionário que foi respondido *online* por 653 pessoas muçulmanas que se dispuseram a compartilhar suas experiências envolvendo os episódios de violência que sofreram no país – julgamos que era preciso quantificá-la para dar concretude ao tema, e qualificá-la para evidenciar as suas peculiaridades. Tais dados, compilados e analisados, deram origem ao I Relatório de Islamofobia no Brasil (2022).

Definimos a islamofobia como uma forma de violência que tem como alvo específico os muçulmanos e muçulmanas, especialmente aqueles e aquelas que apresentam marcadores perceptíveis de suas “muçulmanidades”. Consoante Samari (2016), o termo islamofobia surgiu no contexto acadêmico em 1997, citado em um relatório da Runnymede Trust, uma organização de pesquisa com sede no Reino Unido, que na época operacionalizou este constructo como uma hostilidade infundada em relação ao Islã e medo ou aversão aos muçulmanos.

De lá para cá, o aprimoramento de tal definição se fez necessário. A islamofobia não se explica apenas por um medo irracional e individual em relação ao Islã e aos muçulmanos como usualmente o sufixo “fobia” sugere. Tal pontuação é importante, pois há uma tendência de “psicologização” da violência (Pavón-Cuéllar, 2016), pela qual se tenta explicá-la através de uma ótica individualizante, medicalizante e reducionista, uma perspectiva problemática porque desvia a atenção das questões sociopolíticas subjacentes.

Argumentamos que a islamofobia é sustentada e fomentada por estruturas de poder que visam manter certa lógica excludente e, enquanto fenômeno complexo e multidimensional, encontra-se com outros processos, estruturas e sistemas opressivos. Por isso, a islamofobia não é totalmente equivalente à intolerância ou à violência religiosa: o ato violento direcionado aos muçulmanos costuma ser motivado pela religião, mas associa-se ao racismo, ao machismo, à xenofobia, à supremacia cristã, ao orientalismo, ao imperialismo, ao colonialismo que ainda vigora em sociedades do Sul global, entre outros (Barbosa *et al.*, 2022) – não à toa, a violência é direcionada primordialmente aos religiosos racializados, às mulheres, aos muçulmanos e muçulmanas periféricos.

A islamofobia pode manifestar-se de várias formas, como discriminação no emprego, violência verbal ou física, vandalismo em mesquitas, restrições aos direitos civis, entre outras: exerce, assim, impactos significativos na vida dos muçulmanos, podendo gerar ansiedade, medo, exclusão social e limitações em seus direitos e oportunidades. Como consequência, tal depreciação feita pela sociedade em relação à religião islâmica

faz com que muçulmanos(as) enfrentem dificuldades consideráveis no acesso à educação, ao mercado de trabalho e até mesmo ao sistema de saúde – muçulmanos(as) podem apresentar acentuado sofrimento psíquico, níveis mais baixos de bem-estar e um pior estado geral de saúde (Samari; Alcalá; Sharif, 2018).

Isso posto, há consenso na literatura especializada em relação ao fato de que a islamofobia afeta negativamente a saúde mental, tanto dos indivíduos muçulmanos em particular, como das comunidades muçulmanas, em caráter coletivo. Adicionalmente, esse conjunto de dados conduz à afirmação de que a islamofobia é um caso de saúde pública (Ali; Awaad, 2019; Samari; Alcalá; Sharif, 2018), o que exige que profissionais e pesquisadores da área da saúde se debrucem criticamente sobre essa pauta, ainda muito desatendida.

Para adensar a discussão, serão apresentados na próxima seção alguns recortes das narrativas de interlocutoras que participaram da pesquisa de doutoramento conduzida pela autora, que versou sobre a saúde mental de mulheres muçulmanas brasileiras (Paiva, 2022), em diálogo com os resultados obtidos no relatório de islamofobia anteriormente citado (Barbosa *et al.*, 2022).

Islamofobia e saúde mental em narrativas de mulheres muçulmanas brasileiras

A narratividade atua como um dispositivo de pesquisa e de cuidado, apontando para problemas sociais complexos e produzindo conhecimento junto aos interlocutores (Ceccon *et al.*, 2022; Onocko-Campos, 2011). Dados quantitativos são fundamentais para consubstanciar o fenômeno e inseri-lo no rol da saúde e políticas públicas, mas as especificidades de trajetórias de vida particulares podem promover uma aproximação afetiva, quiçá permitindo a construção de alteridade com esse outro-muçulmano.

Ao constatar que a produção acadêmica brasileira sobre saúde mental e religião islâmica era incipiente, conduziu-se uma pesquisa qualitativa,

participante, que teve como objetivo compreender as concepções e experiências de mulheres muçulmanas brasileiras em relação à saúde mental; tal estudo teve como um de seus eixos a ênfase dada pelas próprias interlocutoras ao sofrimento advindo do contexto sociopolítico nacional e, dentro deste, destacou-se o recrudescimento da islamofobia. O tema foi abordado em perspectiva interseccional (Collins, 2022), revelando que as iniquidades em saúde mental não se explicam apenas em função da religião isoladamente, mas também em função de gênero, de raça e de classe.

Não por acaso, os resultados apresentados no I Relatório de Islamofobia no Brasil indicaram que são as mulheres muçulmanas as mais atingidas e prejudicadas pela islamofobia, dados que confirmam as interconexões entre violência, religião e gênero: das denúncias de intolerância religiosa recebidas pelo Disque 100, seis em cada dez são de mulheres (Bernardo, 2023). Além do marcador de gênero, constatou-se que o fenômeno atinge especialmente as pessoas racializadas e as pertencentes às camadas populares, por estarem em maior circulação no território, na rua, no transporte público, em atividades laborais, tornando-as, assim, mais expostas à violência que pode lhes acometer nestes espaços compartilhados.

No contexto de saúde, usualmente deparamo-nos com diversas tipologias de violência. As que primordialmente apareceram tanto na pesquisa sobre saúde mental de mulheres muçulmanas brasileiras, como na pesquisa maior sobre islamofobia no Brasil, foram a interpessoal, que ocorre entre indivíduos (intrafamiliar, se entre membros da família, geralmente no espaço doméstico; ou comunitária, quando em ambiente social ampliado, podendo ser os envolvidos conhecidos ou desconhecidos); a violência institucional, que é aquela que reproduz institucionalmente as estruturas sociais injustas; e a estrutural, enraizada na sociedade, que se mantém na medida em que os sistemas econômico, cultural e político seguem sustentando a opressão de certos grupos sociais (Minayo, 2006). Em relação à natureza da violência, destacam-se a física, a mais corrente no senso comum quando se fala em violência; a moral, por meio de calúnias, difamações e injúrias; e a psicológica que, marcada por humilhações e constran-

gimentos, constitui-se como uma “violência silenciosa”, mas que traz graves consequências de natureza afetiva e emocional, levando ao adoecimento (Silva; Coelho; Caponi, 2007).

Dentre os casos que aqui serão mencionados, talvez o vivido por Verônica² na cidade de São Paulo seja reconhecido como o mais emblemático. A interlocutora, jovem, negra e periférica, conta:

Eu levei uma pedrada. Se aquela pedra pegasse na minha cabeça, faria um estrago muito grande. Pegou na minha perna. Eu estava indo para uma consulta em um posto de saúde aqui perto de casa, e a rua é bifurcada. Eu passei por uma parte que tinha uma construção e daquela construção eu só ouvi alguém falando: sua muçulmana maldita. Tacou a pedra em mim e correu para o outro lado.

A agressão física, a pedrada, e a moral, o xingamento, foram direcionadas à Verônica pelo fato de ser uma mulher muçulmana, identificada como tal devido à vestimenta religiosa islâmica que usava na época. A experiência das mulheres muçulmanas que usam o *hijab* é delicada, pois são duplamente estigmatizadas (Ciftci; Jones; Corrigan, 2013). Portanto, olhar os casos de intolerância religiosa unicamente pelo viés da religião parece insuficiente: a violência se endereça às muçulmanas também por conta do gênero, visando colocá-las em posição ainda mais desprotegida do que quando tomamos, por exemplo, os homens muçulmanos - a islamofobia é, também, gendrada. Identificamos que as mulheres muçulmanas no Brasil apontam o uso do véu como um dos principais catalisadores de intolerância religiosa em espaços públicos. Isso as torna, nas palavras de outra interlocutora, Stéfani, o “elo mais fraco” da comunidade - ou seja, ela se entende como parte das pessoas mais vulneráveis dentre as vulneráveis da comunidade.

A interlocutora, também moradora de São Paulo capital, diz que, antes mesmo de acontecer nos espaços públicos, a islamofobia acontece den-

²Todos os nomes das interlocutoras são fictícios.

tro de casa. Stéfani destaca o caráter intrafamiliar da islamofobia: enfrentando resistências dos parentes após a entrada no Islã, ainda hoje convive com microviolências dentro de sua própria casa. Infelizmente, há de ser dito que Stéfani não foge à regra: os dados quantitativos também indicaram que a relação conflituosa com a família parece ser uma constante entre as mulheres muçulmanas convertidas/revertidas, ou seja, aquelas sem vínculo familiar, de nascimento, com a religião. Nota-se que a violência intrafamiliar, por ser exercida por aqueles por quem se nutre laços de afeto, é sentida como especialmente dolorosa. Como afirmou um respondente do questionário, a discriminação, quando vinda “*de pessoas que você conhece há muito tempo*”, pode “*causar uma depressão*” (p. 44): tais relações conflituosas aumentam o sentimento de isolamento social e de falta de apoio.

Stéfani fornece um exemplo concreto disso quando faz referência à dificuldade de seguir as prescrições alimentares religiosas: mesmo cientes de que a ingestão de carne de porco e de bebidas alcoólicas é proibida (*haram*), familiares intencionalmente usam os utensílios dela para preparo desses alimentos. De acordo com ela, tais atos cotidianos “*parecem coisas pequenas, mas que vão minando a cabeça da mulher*”.

Também no cotidiano do trabalho a islamofobia se fez presente:

Teve uma época que eu cheguei a usar o hijab, mas na minha profissão não tem a menor condição. Eu fui transferida de setor por conta da discriminação. Claro que ninguém falou que era por causa do hijab, mas a gente sabe, né?

A interlocutora alude ao fato de ter sua progressão de carreira boicotada devido à sua pertença religiosa que, na época, também era material, visível, por conta do véu que usava sobre os cabelos. Outros casos semelhantes a que tivemos acesso foram o de uma mulher muçulmana explicitamente impedida de usar o *hijab* no trabalho - “*fui informada pelo RH que essa não é a cultura da empresa*” -, e o de Luciana, que, após muito tempo sem recolocação no mercado de trabalho, opta por abandonar o uso do véu. Essa também foi a decisão tomada tanto por Verônica quanto

por Stéfani: após uma série de discriminações, sentiram-se impelidas a não mais fazer uso de sua vestimenta religiosa, o que para elas é compreendido também como uma forma de violência, pois, devido ao preconceito, tiveram ferido o seu direito de livre manifestação de crença. Se, por um lado, sentem-se mais protegidas por não carregarem no corpo esse marcador visível de sua pertença religiosa, por outro sofrem por não estarem respeitando uma prescrição importante da religião que seguem.

No relatório de islamofobia, avaliamos os sentimentos dos muçulmanos e muçulmanas diante da violação de direitos que experimentam cotidianamente. Uma respondente mencionou ser frequente que se sinta *“desrespeitada, violada”* (p. 74) ao que outra afirmou: *“já não ando de ôni-bus e não saio de casa sozinha. Tenho medo, as pessoas são cruéis”* (p. 75). Além do medo, foram mencionados como expressivos a raiva e o nervosismo, o desânimo, a ansiedade e a tristeza (Barbosa *et al.*, 2022), como se nota no seguinte comentário de uma terceira mulher muçulmana que conta que quando se *“imaginava numa situação de violência”*, sempre se via *“rebatendo, explicando que não era terrorista nem nada do tipo”*, mas que nas duas ocasiões em que sofreu violência verbal *“eu travei, não tive reação, a não ser os olhos cheios de lágrimas”* (p. 72).

A paralisação diante da agressão aparece também na narrativa de Verônica. Além do episódio narrado sobre a pedrada recebida, *“eu apanhava direto de idosos também, levava guarda-chuvas”*, ela diz. *“E eu não podia revidar. Se eu revidasse, iam falar que era culpa da minha religião. Tipo: eu avisei que todo muçulmano é assim”*.

Retoma-se o elucidado na seção anterior, sobre como os muçulmanos são construídos como violentos, bárbaros: identificados pela sociedade como os que perpetuam a violência, não possíveis vítimas de suas expressões. Colocada neste lugar, a interlocutora se nega qualquer possibilidade de reagir: têm diminuída a sua potência de ação (Sawaia, 2009), pois qualquer coisa que fizesse seria lida como uma confirmação da violência que lhe seria intrínseca.

Stéfani também continua elencando as violências sofridas:

Na rua já puxaram meu hijab, no shopping já fui discriminada por uma vendedora. Estava andando com uma amiga, aí nós ouvimos uma pessoa gritando assim: por que vocês não voltam para as suas terras, suas desgraçadas? Esse tipo de coisa toda. Há uma ignorância, uma incipiência latente aí. É intolerância mesmo.

O “volte para as suas terras”, ou “volte para o seu país”, é uma das falas mais frequentes relatadas por muçulmanos(as) que sofreram islamofobia: expressa uma xenofobia racializada (Faustino; Oliveira, 2021), a partir da premissa equivocada de que todo muçulmano é árabe e que todo árabe é muçulmano. Atualmente, muçulmanos árabes representam apenas um quinto dos muçulmanos espalhados ao redor de todo o mundo e, sobre os muçulmanos que estão no Brasil, diferente do que se pensa, cerca de 70% deles são brasileiros natos e apenas 30% são estrangeiros (Castro; Vilela, 2019).

Esse rechaço da ideia de que é possível ser brasileiro e muçulmano traz em si a ideia de que os valores islâmicos seriam muito diferentes, até opostos, quando comparados com os valores atribuídos à “nação brasileira” cristã. Uma respondente do questionário disse que “*é constrangedor*” como as pessoas julgam as mulheres muçulmanas como estrangeiras e “*como as pobrezinhas, as esposas de terroristas*”, sendo que sequer sabem “*que na verdade muitas são brasileiras nascidas no Brasil*” (Barbosa *et al.*, 2022, p. 72).

“Sua religião não cabe no Brasil” (Barbosa *et al.*, 2022, p. 30): esse discurso foi inflado nos últimos tempos, como reflexo de um cenário sociopolítico repleto de tensões. Assim, também as expressões de violência contra muçulmanos no Brasil nos impelem a questionar mais uma vez a dissimulada cordialidade nacional em tempos em que o ódio parece se destacar como afeto social dominante no país (Dunker, 2017): “*o brasileiro é tido como povo acolhedor ao estrangeiro, mas isso na realidade ocorre apenas superficialmente*” (Barbosa *et al.*, 2022, p. 48). Nos Estados Unidos, contatou-se que a eleição de Donald Trump fez aumentar a ansiedade dos muçulmanos daquele país (Alemi; Stempel, 2023), devido ao seu discurso xenofóbico, racista e intransigente. De forma semelhante, percebemos

que a ascensão da extrema direita na ocasião da eleição de Jair Bolsonaro serviu ao fomento dos discursos de ódio, não apenas em relação ao Islã, mas também às religiões de matriz africana: conforme avança a extrema direita, conservadora e tradicionalista, avança também a islamofobia.

Os dados compilados no relatório indicaram que a maioria dos respondentes que sofreram islamofobia, tanto homens (65,4%) quanto mulheres (78,2%), entendem que ter vivido um episódio semelhante lhes gerou algum nível de sofrimento psíquico (Barbosa *et al.*, 2022, p. 87). É também à islamofobia vivida que Verônica atribui a piora de sua saúde mental: o episódio serviu como estopim para seu processo de adoecimento “*foi deteriorando a minha cabeça e chegou ao ponto em que eu realmente fiquei doente, foi aí que eu tive o primeiro surto de pânico*”. Embora a pedrada não tenha sido a única agressão sofrida pela interlocutora, foi, em suas palavras, a de maior gravidade. Além da concretude da violência, chama a atenção o seu simbolismo, já que a interlocutora foi agredida enquanto se dirigia ao posto de saúde perto de sua casa: a agressão sofrida a impede de ir em busca do cuidado em saúde que buscava e, intensificando a sua desassistência, o ato de violência atua no impedimento de seu acesso à saúde.

A partir de tal reflexão, uma outra tipologia da violência se manifesta: a violência institucional. A islamofobia se manifesta em contextos de saúde, sendo praticada inclusive por profissionais da área. É o que conta Regina, quando relata que uma de suas colegas muçulmanas foi desrespeitada pelo psicólogo que frequentava: a amiga, ao levar ao psicólogo o incômodo que sentia com os julgamentos das pessoas em relação à sua vestimenta, recebeu do profissional a sugestão de que ela abandonasse o uso do *hijab*. O profissional, ferindo o código de ética profissional do psicólogo, culpabilizou o Islã e o *hijab* por um sofrimento causado à paciente não pela sua religião, mas pelo preconceito da sociedade em relação a ela. Tal exemplo ilustra um cenário maior de profissionais de saúde que, em contato com a população muçulmana e demais minorias religiosas, reproduzem sobre eles uma estrutura violenta, infligindo ainda mais sofrimento a essas pessoas, e não minimizando-o como seria seu papel.

Geralmente, a tradição psicológica, muito criticada, volta-se ao indivíduo para explicar fenômenos sociais complexos como a violência. Assim, existe uma tendência de nos concentrarmos sobre atos de discriminação perpetrados por um indivíduo contra outro, ignorando os papéis da violência estrutural (Samari; Alcalá; Sharif, 2018). No caso narrado acima, embora tenha sido cometida por um profissional em específico, não se trata de uma questão meramente pessoal ou pontual: caracteriza-se como institucional porque há um indício, uma sinalização, de que elementos que permeiam a relação entre o serviço/profissional e o usuário sustentam e reproduzem violências, na forma de negligência e discriminação na assistência.

Inhorn e Serour (2011) examinaram os desafios que muçulmanos passaram a enfrentar na busca por cuidados de saúde nos Estados Unidos, especialmente devido ao aumento da islamofobia e da discriminação após o 11 de setembro de 2001: identificaram que as mulheres muçulmanas que usavam o *hijab*, o véu islâmico, foram particularmente afetadas. Assim, muitas vezes o próprio sistema de saúde ergue barreiras para as pessoas religiosas: a saúde, campo de saberes e poderes, pode reproduzir discursos e práticas (Aguiar; d'Oliveira; Schraiber, 2013) que servem à banalização e à naturalização das opressões e das violências, ao invés de posicionar-se contra elas; no caso, a visão generalizada do Islã e das pessoas muçulmanas fomenta o seu desamparo.

Além da saúde, a violência institucional se faz presente em outros aparatos, como elenca Verônica: *“eu tenho uma cicatriz de uma agressão que sofri de um policial na Avenida Paulista; apanhei de um policial, uma autoridade que devia me proteger, não me agredir”*. Apesar das numerosas evidências, muçulmanos(as) pouco denunciam a violência por eles vivida, reforçando o pedido para que atentemos ao cômputo subestimado dos casos de intolerância religiosa no Brasil. Isso acontece devido ao pouco crédito que dão ao resultado da denúncia (“não vai dar em nada”), somado ao receio de sofrerem uma retaliação, de serem prejudicados pela queixa - ou seja, um temor de que não serão ajudados e ainda podem terminar prejudicados, duplamente vitimizados.

A naturalização da violência direcionada aos muçulmanos é tamanha a ponto de muçulmanos sofrerem a violência e sequer a perceberem enquanto tal: *“ser referida como mulher bomba chega a ser normalizado de tão frequente”*, comenta uma respondente do questionário; *“não foi nada grave, apenas brincadeiras sobre ser mulher bomba ou se eu conheço o chefe da Al Qaeda”*, emenda outra (Barbosa *et al.*, 2022, p. 66).

O psicólogo que julga, o policial que agride, o sistema de saúde que não cuida, o Estado que não protege: deveriam oferecer cuidado, mas respondem com negligência. *“Se a sociedade não colaborar, não há melhora possível”*, afirma outra interlocutora. Se a sociedade não melhorar, ninguém melhora - porque não se trata de um problema individual, mas estrutural, social, sociopolítico; e, como tal, atravessa a todos e demanda ações e soluções coletivas.

A inserção da islamofobia nas políticas públicas

Como visto, a islamofobia mina a efetivação de uma série de direitos da população muçulmana, não apenas à liberdade de crença, mas à saúde e à cidadania. Assim, a maneira mais efetiva de combate ao fenômeno torna-se a sua inserção no âmbito das políticas públicas para que se desenvolvam e executem ações, medidas e estratégias que coloquem em prática a garantia dos direitos adquiridos.

No entanto, como sinalizam Ribeiro e Minayo (2014) acerca da relação entre religião e esfera pública, há uma fragilidade do Estado em prover tais políticas a muitos destes segmentos da população, cabendo aos próprios grupos religiosos tomarem iniciativas neste terreno. Diante do descaso da sociedade, buscam se organizar internamente, desenvolvendo práticas peculiares de cuidado entre si. Embora seja enorme a demanda da comunidade para a saúde mental e para a assistência social, na prática acabam contando com o apoio de outros muçulmanos que possuem curso superior nessas áreas e se dispõem à realização de trabalhos informativos e voluntários, produzindo redes colaborativas (Ali; Awaad, 2019) que resfolegam a sua potência para (re)agir entre comunidade.

Ainda, na impossibilidade de acesso à rede de saúde mental, muitos substituem o cuidado profissional pelos ensinamentos religiosos. Uma reflexão importante a se fazer é a de que muito se diz na literatura especializada que muçulmanos(as) são relutantes na busca pelos serviços formais de saúde mental (Koenig; Al Shohaib, 2017): em outras palavras, inferem que a religião é a responsável pela baixa procura, como se suas crenças e práticas impedissem a promoção de saúde e o cuidado. No entanto, poucas vezes pesquisadores e profissionais da área fazem a autocrítica necessária, que seria o questionamento se de fato estão oferecendo um cuidado culturalmente sensível, respeitoso, acolhendo essa população em suas demandas e especificidades, ou se, ao contrário, estariam incorrendo em más práticas e assim se tornando aversivos a esses segmentos da população.

A equidade em saúde reconhece que existem diferenças sistemáticas e *evitáveis* nas oportunidades e nos resultados de saúde entre diferentes grupos populacionais. Como consequência, para promover a equidade em saúde é preciso desenvolver e implementar *ações* para reduzir as desigualdades e iniquidades, garantindo que todos tenham acesso aos meios necessários para atingir o seu melhor estado de saúde possível. Isso pode envolver a implementação de políticas e intervenções que abordem as causas subjacentes das desigualdades em saúde, como melhorar o acesso aos serviços de saúde, reduzir as disparidades econômicas e sociais, promover a educação em saúde e combater a discriminação e o estigma.

A equidade em saúde não significa tratar todos da mesma forma, mas sim reconhecer e abordar as desigualdades existentes, fornecendo recursos e suporte adicionais para aqueles que estão em nítida desvantagem: é, pois, um princípio fundamental para alcançar justiça social na área da saúde. Assim, a equidade em saúde que tanto buscamos só se efetivará se houver uma verdadeira “preocupação em compreender as diferenças, as necessidades e as particularidades dos distintos grupos sociais” (Barros; Sousa, 2016, p. 11): seguir tratando a saúde mental como uma “norma genérica”, sem levar em conta as especificidades de distintas coletividades,

continuará gerando injustiça – não passará de uma inclusão perversa (Sawaia, 2001), que finge que incluem para, precisamente, reforçar a exclusão, e usa os excluídos como um pilar de sustentação da ordem vigente.

Por ser a religião um tema efervescente, é preciso lembrar que ainda muito se confunde laicidade com anti-religiosidade, ao passo que é justamente a primeira que deveria garantir o respeito a todas as religiosidades. Posicionar-nos contrários ao fato de que uma visão religiosa específica norteie as políticas públicas é nosso dever, pois feriria a laicidade. Por outro lado, argumenta-se a favor da construção de políticas públicas direcionadas a essas pessoas, que as atendam também em matéria de saúde para que se efetive o princípio da equidade. As políticas públicas de saúde mental devem ser inclusivas e sensíveis também às questões culturais-religiosas, promovendo o respeito pela diversidade e garantindo que todos tenham acesso a serviços de saúde mental adequados e culturalmente relevantes.

Uma primeira iniciativa de inserir a pauta da islamofobia no rol das políticas públicas veio do relatório produzido por um grupo de trabalho organizado pelo atual Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania para apresentação de estratégias de combate ao discurso de ódio e ao extremismo e para a proposição de políticas públicas em direitos humanos sobre o tema. Um dos onze pontos principais de atenção elencados no referido relatório (2023) diz respeito à “intolerância, ódio e violência contra as comunidades e pessoas religiosas e não religiosas”, afirmando que, no Brasil,

[...] isto se dá mais intensamente contra as de matriz africana, mas também atinge religiosidades indígenas, cigana e originárias de imigrantes e convertidos, como muçulmanos (islamofobia) e judeus (antisemitismo), bem como pessoas ateias, agnósticas ou sem religião”. (Brasil, 2023, p. 30)

Para a inclusão da islamofobia no documento, o referido grupo de trabalho contou com a participação da coordenadora do GRACIAS, a Profa. Dra. Francirosy Campos Barbosa, e tomou como ponto de partida os dados publicados no I Relatório sobre Islamofobia no Brasil. Vê-se

como a produção de dados é crucial para fundamentar a resolução de problemas: dados robustos permitem que pautas diversas, como as relativas às “heterogeneidades de base étnico-cultural”, por exemplo, sejam também incorporadas à agenda da saúde coletiva (Vieira-da-Silva; Almeida-Filho, 2009, p. 224).

Entre os enfrentamentos possíveis, o documento destaca a necessidade de ampliar e fortalecer os programas existentes para o atendimento de pessoas vítimas do discurso de ódio, dentre eles, a “atenção à saúde mental e psicossocial das pessoas ameaçadas” (p. 54), além do foco na escola e na universidade como “promotoras da paz e da convivência democrática” (p. 45), por meio de “ações na área da saúde mental” que promovam uma sensibilização para o tema. Por fim, sugere a ampliação dos serviços de assistência à saúde mental, como grupos terapêuticos e espaços de acolhimento, e o preparo de profissionais, como psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e orientadores educacionais, para tais ações de prevenção.

Essas propostas significam uma primeira inserção do tema no âmbito das políticas públicas, o que é um avanço, digno de reconhecimento. Afinal, como exposto, a relação entre islamofobia e saúde mental é multidimensional: atua em nível individual, pois muçulmanos e muçulmanas sentem individual e afetivamente os seus efeitos; em nível interpessoal, visto que a discriminação interfere em suas relações pessoais e em seus processos de socialização; e estruturalmente, levando os muçulmanos a serem negligenciados das políticas públicas (Samari, 2016). A partir da produção de evidências sobre a existência e a gravidade da islamofobia no país, foi possível gerar impulso à ação: para além da mobilização e participação social dos muçulmanos e das comunidades religiosas, registra-se também a urgência de combate às iniquidades por meio da proposição de políticas públicas. Na psicologia, por muito tempo, perdurou a busca por soluções individuais, o que é pouco eficiente a longo prazo. Como apontamos em outras ocasiões (Barbosa *et al.*, 2022; Paiva, 2022), compreendemos que atenção jurídica e psicológica a casos individuais são necessárias, mas devem obrigatoriamente vir acompanhadas de um projeto

maior, parte de uma agenda coletiva, que contribua rumo a uma possível superação de estruturas opressivas e a uma garantia de direitos de fato.

É necessário identificar os mecanismos que perpetuam a intolerância religiosa para então dismantelar tais atitudes já tão arraigadas na sociedade. Entendemos que os trabalhos que realizamos no GRACIAS auxiliavam a traçar um panorama das principais dificuldades enfrentadas por muçulmanos(as) no país, dando-nos subsídios para agir sobre os problemas sociais. Entretanto, apesar das evidências, o desafio segue posto, já que o tema ainda não é considerado prioritário por grandes parcelas da sociedade, tal qual acontece com grande parte dos crimes de ódio pautados em identidades (Pacheco, 2023).

Este capítulo buscou articular a relação entre violência, saúde mental e religião e, ao colocar luz sobre uma religião minoritária e ignorada pelo grande público, espera-se ter trazido contribuições reflexivas para o âmbito da saúde coletiva, das políticas públicas e para a formação de profissionais de saúde mais críticos e zelosos à esfera da nossa diversidade cultural-religiosa. Ser parte de uma minoria não justifica a desassistência. Por isso, atentar para os grupos religiosos minoritários, estigmatizados, emerge como uma pauta relevante para a saúde coletiva. Para suprir tal carência, demanda-se mais investigações sobre as intersecções entre saúde mental, violência e religião a partir de outras denominações: enfrentar o tema é fundamental para concretizar o direito à saúde, que é para todos, também para as minorias religiosas.

Referências

AGUIAR, J. M. DE; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 29, n. 11, p. 2287–2296, 2013. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.

ALEMI, Q.; STEMPEL, C. Examining the effect of perceived group norms on the indirect relationship between intergroup contact and anti-Muslim prejudice among white Americans. **International Journal of Intercultural Relations**, [S. l.], v. 95, 101814, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2023.101814>

ALI, S.; AWAAD, R. Islamophobia and Public Mental Health: Lessons Learned from Community Engagement Projects. *In.*: MOFFIC, H. S.; PETEET, J.; HANKIR, A. Z.; AWAAD, R. (ed.). **Islamophobia and Psychiatry**. [S. l.]: Springer International Publishing, 2019. p. 375-390.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. *In.*: NOGUEIRA, R. P. (org.) **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 13-36.

ARJANA, S. R. **Muslims in the Western Imagination**. New York: Oxford University Press, 2015.

ARMSTRONG, K. **Maomé: uma biografia do Profeta**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

BARBOSA, F. C.; SOUZA, F. F.; LUCAS, I. M.; ROCHA, G. C.; CARLOS, I. B.; PAIVA, C. M. **I Relatório de Islamofobia no Brasil**. São Bernardo do Campo: Ambigrama, 2022. Disponível em: https://www.ambigrama.com.br/_files/ugd/ffe057_6fb8d4497c4748f8961c92a546c5b3fc.pdf. Acesso em: 28 jul. 2023.

BARROS, F. P. C. DE; SOUSA, M. F. DE. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>

BERNARDO, A. 'Liberdade religiosa ainda não é realidade': os duros relatos de ataques por intolerância no Brasil. **G1 Bahia**, 30 jan. 2023.

Disponível em:

<https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2023/01/30/liberdade-religiosa-ainda-nao-e-realidade-os-duros-relatos-de-ataques-por-intolerancia-no-brasil.ghhtml>. Acesso em: 28 jul. 2023.

BRASIL. **Relatório de recomendações para o enfrentamento ao discurso de ódio e ao extremismo no Brasil**. Brasília: Ministério dos Direitos

Humanos e da Cidadania, 2023. Disponível em:

<https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/julho/mdhc-entrega-relatorio-com-propostas-para-enfrentar-o-discurso-de-odio-e-o-extremismo-no-brasil>. Acesso em: 28 jul. 2023.

BRASIL. **Relatório sobre intolerância e violência religiosa no Brasil**

(2011-2015): resultados preliminares. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos, 2016.

Disponível em:

<https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/RelatorioIntoleranciaViolenciaReligiosaBrasil.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

BUTLER, J. **Quadros de guerra**: Quando a vida é passível de luto? Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CASTRO, C. M.; VILELA, E. M. Muçulmanos no Brasil: uma análise socioeconômica e demográfica a partir do Censo 2010. **Religião & Sociedade**, [S. l.], v. 39, n. 1, p. 170–197, 2019.

<https://doi.org/10.1590/0100-85872019v39n1cap08>.

CECCON, R. F.; GARCIA-JR, C. A. S.; DALLMANN, J. M. A.; PORTES, V. M. **Narrativas em Saúde Coletiva**: memória, método e discurso. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2022.

CIFTCI, A.; JONES, N.; CORRIGAN, P. W. Mental health stigma in the Muslim community. **J Muslim Mental Health**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 17-32, 2013. <https://doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0007.102>

COLLINS, P. H. **Bem mais que ideias**: a interseccionalidade como teoria social crítica. São Paulo: Boitempo, 2022.

DUNKER, C. **Reinvenção da intimidade**: políticas do sofrimento cotidiano. São Paulo: Ubu, 2017.

FAUSTINO, D. M.; OLIVEIRA, L. M. Xeno-racismo ou xenofobia racializada? Problematicando a hospitalidade seletiva aos estrangeiros no Brasil. **REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana**, [S. l.], v. 29, n. 63, p. 193–210, 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006312>

GROSFOGUEL, R. Racismo Epistémico, Islamofobia Epistémica y Ciencias Sociales Coloniales. **Tabula Rasa**, [S. l.], n. 14, p. 341-355, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n14/n14a15.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

IDLER, E. Religion: The Invisible Social Determinant. *In*: IDLER, E. (ed.). **Religion as a Social Determinant of Public Health**. New York: Oxford University Press, 2014.

INHORN, M. C.; SEROUR, G. I. Islam, Medicine, and Arab-Muslim Refugee Health in America after 9/11. **Lancet**, [S. l.], v. 378, n. 9794, p. 935-943, 2011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61041-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61041-6)

INSTITUT PUBLIQUE DE SONDAGE D'OPINION SECTEUR [IPSOS]. **Global Religion 2023**: Religious beliefs across the world. Disponível em: <https://www.ipsos.com/en/two-global-religious-divides-geographic-and-generational>. Acesso em: 28 jul. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA [IPEA]. **Atlas da violência 2018**. Brasília: IPEA, 2018. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/2757-atlasdaviolencia2018completo.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

KAWACHI, I. Invited Commentary: Religion as a Social Determinant of Health. **Am J Epidemiol**, [S. l.], v. 189, n. 12, p. 1461-1463, 2020. <https://doi.org/10.1093/aje/kwz204>

KOENIG, H. G.; AL SHOHAIB, S. S. **Islam and mental health**: beliefs, research and applications. Durham: Duke University, 2017.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

NASSER, R. M.; AMARAL, R. A. D. The End of the Ottoman Empire and the creation of the Iraqi state beyond Sykes-Picot: Between Imperialism and Revolution. **Estudos Internacionais: revista de relações internacionais da PUC Minas**, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 35-58, 2020. <https://doi.org/10.5752/P.2317-773X.2020v8n4p35-58>

ONOCKO-CAMPOS, R. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 1269–1286, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400006>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Depression and other common mental disorders**: Global health estimates. Geneva: OMS,

2017. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

PACHECO, D. A produção ativa da invisibilidade dos crimes de ódio através de dados que (não) informam. *In.*: FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**.

São Paulo: FBSP, 2023. p. 108-119. Disponível em:

<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2023.

PAIVA, C. M. **Corpo, mente e coração**: saúde mental de mulheres muçulmanas brasileiras (Tese de Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2022. <https://doi.org/10.11606/T.59.2023.tde-10032023-075246>

PAIVA, C. M.; BARBOSA, F. C. Arranjos entre religião, sexualidade e saúde mental: concepções e experiências de mulheres muçulmanas.

Revista NUPEM, [S. l.], v. 11, n. 24, p. 19-34, 2019.

<https://doi.org/10.33871/nupem.v11i24.667>

PAIVA, C. M.; BARBOSA, F. C. Decolonizando a sexualidade no Islã: um diálogo com mulheres muçulmanas brasileiras. **Psicologia & Sociedade**, [S. l.], v. 33, e240224, 2021. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2021v33240224>

PAVÓN-CUÉLLAR, D. Para além do comportamento agressivo – Luta guerrilheira e determinação estrutural-institucional da violência no discurso do Exército Popular Revolucionário (ERP) do México. *In.*: HUR, D. U.; LACERDA JÚNIOR, F. (org.). **Psicologia, políticas e movimentos sociais**. Petrópolis: Editora Vozes, 2016. p. 74-92.

PERILLO, L. O que é intolerância religiosa, quem sofre no Brasil e como identificar? **UOL**, 10 ago. 2022. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2022/08/10/intolerancia-religiosa-no-brasil-o-que-e-e-como-identificar.htm>. Acesso em: 28 jul. 2023.

RIAL, C. Guerra de imagens e imagens da guerra: estupro e sacrifício na Guerra do Iraque. **Revista Estudos Feministas**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 131–151, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2007000100009>

RIBEIRO, F. M. L.; MINAYO, M. C. S. O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 6, p. 1773–1789, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.13112013>

SAMARI, G. Islamophobia and Public Health in the United States. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 106, n. 11, p. 1920–1925, 2016. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303374>

SAMARI, G.; ALCALÁ, H. E.; SHARIF, M. Z. Islamophobia, health and public health: a systematic literature review. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 108, n. 6, e1–e9, 2018. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304402>

SANTOS, C. A. I.; DIAS, B. B.; SANTOS, L. C. **II Relatório sobre intolerância religiosa**: Brasil, América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: CEAP, 2023. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000384250>. Acesso em: 28 jul. 2023.

SAWAIA, B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. **Psicologia e Sociedade**, [S. l.], v. 21, n. 3, p. 364-372, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300010>

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? *In.*: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 7-13.

SCHWARCZ, L. M. **Sobre o autoritarismo brasileiro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

SCORSOLINI-COMIN, F. "É como mexer em um vespeiro": a consideração das religiões afro-brasileiras no cuidado em saúde. **Revista da SPAGESP**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 1-5, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 jul. 2023.

SILVA, L. L.; COELHO, E. B. S.; CAPONI, S. N. C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 11, n. 21, p. 93-103, 2007. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100009>

TONIOL, R. **Espiritualidade incorporada**: pesquisas médicas, usos clínicos e políticas públicas na legitimação da espiritualidade como fator de saúde. Porto Alegre: Zouk, 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 25, p. s217-s226, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>

YOUNIS, T. The psychologisation of counter-extremism: unpacking PREVENT. **Race & Class**, [S. l.], v. 62, n. 3, p. 37-60, 2021. <https://doi.org/10.1177/0306396820951055>.

Racismo religioso, violência cultural e trauma psicossocial

Yane Marcelle Pereira Silva
Rafael Andrés Patiño Orozco

O presente texto tem por objetivo realizar uma articulação teórica entre a categoria racismo religioso desde uma perspectiva decolonial¹ e uma leitura psicossocial dessa forma de violência cultural, potencialmente produtora de traumas que afetam sujeitos e coletividades. Usamos essas aproximações teóricas para refletir sobre o racismo religioso e suas consequências para integrantes de comunidades de terreiro. Inicialmente, buscamos identificar as relações entre religião, colonialidade, racismo e o processo histórico que forjou dores coloniais, a partir de uma revisão narrativa de literatura entre autores que discutem o racismo religioso em uma perspectiva decolonial. Num segundo momento destacamos de que modo o apagamento das ancestralidades não hegemônicas contribuiu para forjar o lugar de subalternidade de religiões afroameríndias. Por fim, discutimos essa forma de colonialidade, como violência produtora de traumas psicossociais. Compreendemos, por fim, que as subjetividades alvejadas pelo racismo religioso são forjadas numa experiência coletiva histórico-cultural comum e partilhável de violência que configuram ou revivem traumas psicossociais atualizados de diversas formas no presente.

¹ O pensamento decolonial seria uma elaboração posterior àquilo que Mignolo chamou de “pensamento fronteiriço” que resiste às cinco ideologias da modernidade: cristianismo, liberalismo, marxismo, conservadorismo e colonialismo, caracterizando-se como movimento de resistência teórico e prático, político e epistemológico, à lógica da modernidade/colonialidade e fornecendo novos horizontes utópicos e radicais para o pensamento da libertação humana, em diálogo com a produção de conhecimento (Ballestrin, 2013).

Racismo, religião e formas de dominação: dores coloniais

Em maio do corrente ano, ganhou notoriedade o caso de um motorista de aplicativo que se recusou a levar uma família que usava trajes religiosos para um terreiro de candomblé em Duque de Caxias, na Baixada Fluminense (RJ)². A ocorrência foi objeto de denúncia e está sendo investigada pelo MPF, porém essa é a exceção: a subnotificação nos casos de crimes de ódio motivados por racismo e injúria racial é um dos principais entraves na produção de dados sobre essa realidade, dificultando a identificação da escala e da profundidade da violência a que integrantes destes grupos estão submetidos³.

Uma cena banal do cotidiano, como solicitar um carro de aplicativo, e o impedimento de acessar um serviço amplamente disponível à maioria das pessoas revela uma das múltiplas facetas do racismo religioso experimentado incessantemente por praticantes de religiões de matriz afroindígena.

Kabenguele Munanga (2003) relacionou um componente teológico à origem do racismo: do mito bíblico de Noé resultaria a primeira classificação da diversidade humana entre os três filhos de Noé, ancestrais das três raças: Jafé (ancestral da raça branca), Sem (ancestral da raça amarela) e Cam (ancestral da raça negra). Cam, segundo narrado no nono capítulo da gênese, foi amaldiçoado por Noé que se sentiu desrespeitado por seu comportamento. Os filhos de Cam, ou herdeiros da raça negra seriam os últimos a serem escravizados pelos filhos de seus irmãos de outras raças.

Cumprе ressaltar que a noção de raça no citado contexto bíblico não é a mesma atribuída à raça em seu sentido moderno, que se relaciona aos processos de colonialismo. A elaboração teórica de raça, como categoria

² G1. MPF investiga empresa Uber após denúncia de intolerância religiosa na Baixada Fluminense. 04 mai 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/05/04/mpf-investiga-empresa-uber-apos-denuncia-de-intolerancia-religiosa-na-baixada-fluminense.ghtml>

³ Conforme informações constantes do “Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023”, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

mental da modernidade, juntamente com a perspectiva eurocêntrica do conhecimento serviu de instrumentos para outorgar legitimidade a muitas das práticas e relações de dominação, que supunham superioridade/inferioridade entre europeus e não-europeus na conquista da América e de outras regiões. Adiante, a raça converteu-se no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis na estrutura de poder da nova sociedade burguesa, convertendo-se no modo básico de classificação social universal da população mundial (Quijano, 2005, p. 117-8).

Associações entre religião e formas de dominação podem ser percebidas ao longo da história, porém são marcas da chamada modernidade a ideia de raça como forma de organização da humanidade, a centralidade de uma visão de mundo judaico-cristã - cujas referências são a dominação e a supremacia universalista - que atendem ao ideal ontológico de criação de um ambiente artificial tecnicamente controlado. A visão de mundo judaico-cristã introduziu a onipotência de um Deus criador do homem, feito não como parte da natureza, mas à imagem e semelhança de Deus⁴.

A visão de mundo Cristã Europeia (universalista, absolutista e monista) é reforçada pelo uso institucionalizado da religião de forma pragmática no suporte de objetivos imperialistas, visando à imposição dos ideais ocidentais, excluindo e inferiorizando outras racionalidades, cosmovisões e tradições, sendo que o Cristianismo foi idealmente moldado para expressar o supremacismo cultural da sua ideologia, o “orgulho coletivo”

⁴ Com base no pensamento de Lynn White, a antropóloga e estudiosa dos Estudos da África Ani Marimba afirma que “[o] Cristianismo é a religião mais antropomórfica que o mundo já viu . . . O homem compartilha em grande medida a transcendência de Deus à natureza. O Cristianismo. . . não só estabeleceu um dualismo de homem e natureza, mas também insistiu que é a vontade de Deus que o homem explore a natureza para seus próprios fins. . . . Ao destruir o animismo pagão, o Cristianismo tornou possível explorar a natureza em uma disposição de indiferença para com os sentimentos de objetos naturais. . . . Os espíritos em objetos naturais, que antigamente haviam protegido a natureza do homem, evaporaram. O monopólio efetivo do homem sobre o espírito neste mundo foi confirmado, e os velhos inibições da exploração da natureza se desintegraram” (Ani, 1994; p. 170-3).

(nacionalismo) Europeu. Essa matriz do monoteísmo da cristandade caracteriza-se pela difusão de dicotomias de confronto e dominação em relação a religiões não cristãs, e que tem por referências a abstração do objeto da devoção religiosa, a luta para apresentar uma prova racionalista da existência da divindade cultuada, o modo letrado e a concepção linear e valorização do tempo secular e histórico servindo como mecanismos de validação para superioridade religiosa (Ani, 1994, p. 172).

No contexto brasileiro, a associação entre religião, cultura, projetos de dominação e expansão, controle dos corpos e dos modos de vida remanesceram como ataques e combate sistemáticos ao longo da história a cultos que expressam a matriz afro-indígena.

O Brasil desde a sua invasão pelos portugueses não nasceu como uma democracia religiosa. Contrariamente, a religião cristã foi usada como meio de conquista, dominação e doutrinação, sendo a base dos projetos políticos dos colonizadores e forjando a intolerância religiosa⁵ e a farsa da laicidade na atualidade. O apagamento e silenciamento das crenças originárias e da cultura dos povos dominados deu-se, por exemplo, pelo ensino da língua portuguesa e conversão de indígenas à fé católica apostólica romana por meio do projeto de expansão da Ordem dos Jesuítas, fruto da associação entre Coroa de Portugal e Papado, em função da tríade lei-rei-fé para a organização do trabalho no Novo Mundo. No plano epistêmico,

⁵ Existe uma reivindicação de se diferenciar o racismo religioso da intolerância religiosa em geral iniciada pelo ativismo do movimento negro, especialmente afro religioso por lideranças religiosas como Mãe Beata de Yemonjá e Valdina Pinto (Makota Valdina), adotada também no âmbito acadêmico (Lima, 2012; Serra, 2014; Oliveira, 2016, 2017; Fernandes, 2017) (Nascimento, 2017). Nascimento (2017), Mota (2018), Rufino (2019) e Nogueira (2020) defendem o uso de racismo religioso pois consideram o termo intolerância religiosa genérico e insuficiente para designar as agressões dirigidas a comunidades de terreiro e por não destacar a centralidade do racismo amalgamado ao colonialismo como horizonte para a compreensão do fenômeno. Com base nesse argumento adotamos o uso de racismo religioso.

o etnocentrismo eurocentrista⁶ produzia formas de se desconsiderar a cultura e a crença dos povos originários e os projetava ora como seres sem fé, catequizáveis, portanto, ora como praticantes de feitiçaria e idolatria, o que lançava na zona da fé, porém inaceitável, “diabólica”, na visão dos portugueses colonizadores (Nogueira, 2020, p. 20-1).

Desde o período escravocrata qualquer manifestação religiosa distinta da católica era entendida como contravenção penal. A marcação em brasa ou argola de ferro colocada no pescoço do escravizado identificava a posse indignidade, mas também o status de cristão. A permissividade com festas e batuques dos escravizados era útil à preservação da mão-de obra pelos senhores e o sincretismo foi utilizado como estratégia expansionista da Igreja Católica. De todo modo, a medida da tolerância era que o catolicismo fosse colocado como crença superior e mais abrangente. Adiante, no século XVIII, as práticas religiosas africanas eram consideradas manifestações de magia ou feitiçaria, punidas pelo código canônico e perseguidas pela igreja e pelas autoridades. A crença na magia e na capacidade de produzir malefícios por meios ocultos e sobrenaturais ainda presente no Brasil remonta aos tempos coloniais, ao imaginário dos colonizadores povoado por um misto de admiração e de terror encarnado nas figuras das ‘feiticeiras’ e ‘curandeiras’ (Fernandes, 2017).

⁶ Na visão de Aníbal Quijano, o etnocentrismo eurocentrista, ou simplesmente eurocentrismo, resultou do êxito da Europa Ocidental em transformar-se no centro do moderno sistema-mundo. Mesmo sendo um traço comum a todos os dominadores coloniais e imperiais da história, no caso europeu tinha um fundamento e uma justificação peculiar, a dizer, a classificação racial da população do mundo depois da América. O etnocentrismo colonial e a classificação racial universal ajudam a explicar, segundo o autor, por que os europeus foram levados a sentir-se não só superiores a todos os demais povos do mundo, mas, além disso, naturalmente superiores. Essa instância histórica expressou-se numa operação mental de fundamental: os europeus geraram uma nova perspectiva temporal da história e re-situaram os povos colonizados, bem como a suas respectivas histórias e culturas, no passado de uma trajetória histórica cuja culminação era a Europa, reordenando todo o padrão de poder mundial, sobretudo com respeito às relações intersubjetivas moldadas pelo evolucionismo e dualismo, dois dos elementos nucleares do eurocentrismo (Quijano, 2005, p. 121-2).

No período colonial a tônica da dominação foi a conversão do indígena ao catolicismo, partindo da premissa de que se tratava de selvagens, inferiores a serem civilizados e transformados em cristãos. A política de assimilação dos índios ao cristianismo prosseguiu no período imperial, com a edição do Ato Adicional de 1834 à Constituição de 1824, que estabeleceu, em seu artigo 11, §5º, a competência das Províncias para o fomento da “catequese e civilização” dos indígenas (Ramos, 2023, p. 1079/80).

Até a metade do séc. XX qualquer manifestação religiosa diferente do catolicismo era entendida como contravenção penal e essas religiosidades divergentes rotuladas como ‘curandeirismo’, ‘feitiçaria’, ‘espiritismo’ e ‘baixo espiritismo’. Em 1890, o Código penal criminalizava práticas religiosas sob essas denominações como prática ilegal da medicina, prática de magia e proibição ao curandeirismo. No século XX, foram instituídas Delegacias de Jogos e Costumes que passam a exigir registro, alvará e licença para a existência legal dos centros espíritas e em 1942, no novo Código Penal, mas outras práticas religiosas continuam sendo consideradas crimes contra a saúde pública, charlatanismo e curandeirismo, dessa vez apenas as voltadas para a “prática do mal”, identificados no imaginário coletivo com os cultos de matriz afroindígena. Assim, o paulatino reconhecimento de práticas mediúnicas de base kardecista, das federações espíritas, deu-se em contraste à criminalização e estigmatização da espiritualidade de matriz ameríndio-africana, permeada por hierarquizações e binarismos, como alto e baixo espiritismo, magia branca e negra etc. Tais construções apoiadas por práticas sociais e institucionais de reforço e associação dos cultos africanos ao mal, ao menos evoluído, ao engano e ao charlatanismo (Fernandes, 2017).

Atualmente, no Brasil, a cosmovisão judaico-cristã permanece normativa, referência para a medida do mundo. Nos últimos anos, a tentativa de universalização dessa visão foi explícita, com a ostentação do bordão Deus, Pátria e Família e sua expansão para a esfera pública, por vezes pausando questões de saúde e de segurança, como acesso à renda e ao trabalho, aborto e perseguição penal. Representações como a do “bom cristão”, do

“cidadão de bem”, do “pai/mãe de família” são evocações comuns que guardam em si uma medida do humano e tem implícita a branquitude, a hierarquia e a cristandade e ao mesmo tempo denunciam seus opostos binários, os *outros*.

Embora tenha se tornado evidente em tempos recentes no contexto macropolítico, o racismo religioso se prende a uma matriz ontológica e epistêmica colonial portanto pode ser encontrado em espaços de micropoder, nas relações familiares, entre agnósticos e em comunidades e práticas católicas, protestantes, em formatos neopentecostais, em muitas das tradições espíritas, kardecistas e até mesmo em tradições de umbanda e de candomblé⁷.

Refletir sobre algumas das possíveis consequências da violência colonial, como processo violento de longa duração, na formação das representações sociais e especialmente das subjetividades alvejadas pelo racismo religioso implica em se aproximar da experiência do racismo em suas múltiplas expressões – epistêmico, estrutural, institucional, interpessoal - e de como ele afeta as subjetividades, relações interpessoais e sociais - forjados pela colonialidade (Nascimento, Nogueira, Fernandes, 2017), conectando os efeitos da empreitada colonial de subjugação como uma experiência coletiva, conferindo-lhe historicidade, reconhecendo marcas e cicatrizes que atravessam os tempos.

Importa, portanto, contextualizar o racismo religioso dentro de uma temporalidade que compreenda também os efeitos do discurso colonialista, implícito à sociedade ocidental moderna, promotora de experiências racializadas.

⁷ Professor Sidnei Nogueira afirma com base em sua vivência e experiência que: “todo terreiro é um espaço ancestral de aquilombamento com níveis diferentes de estruturas coloniais. Nenhum terreiro está totalmente livre de estruturas de poder mais ou menos conservadoras, mais ou menos violentas e opressoras. Porque ele traduz e reverbera a formação e pensamento de suas lideranças e uma estrutura histórica do século XVIII/XIX” (postagem instagram @professor.sidnei, de 20 de julho de 2023).

Colonialidade e apagamento das ancestralidades não hegemônicas

A colonialidade - do poder, do ser e do saber - como efeito do colonialismo, conformou-se como padrão mundial de organização não apenas dos meios materiais e econômicos, mas também do poder, da vida social e também das percepções e leituras sobre o mundo. Desse modo, “como parte do novo padrão de poder mundial, a Europa também concentrou sob sua hegemonia o controle de todas as formas de controle da subjetividade, da cultura, e em especial do conhecimento e da produção do conhecimento” (Quijano, 2005, p. 121).

As operações de reconfiguração das relações intersubjetivas pelos colonizadores implicaram, no longo prazo, uma colonização das perspectivas cognitivas, dos modos de produzir ou outorgar sentido aos resultados da experiência material, dos imaginários, do universo de relações intersubjetivas do mundo; em suma, da cultura. Além da expropriação das populações colonizadas, da repressão das formas de produção de conhecimento dos colonizados, seus padrões de produção de sentidos, seu universo simbólico, seus padrões de expressão e de objetivação da subjetividade, houve a imposição do aprendizado da cultura dos dominadores em tudo que fosse útil para a reprodução da dominação, seja no campo da atividade material, tecnológica, como da subjetiva, especialmente religiosa judaico-cristã (Quijano, 2005, p. 121).

Como princípio do colonialismo (e da modernidade como projeto universalista ocidental), o social foi destituído do espiritual e retirou a própria humanidade da relação milenar entre os biofísicos mundiais, os humanos e os espirituais, incluindo os ancestrais. Esse processo de dessacralização ou restrição da expressão do fenômeno do sagrado na territorialidade (relação com o espaço) e da temporalidade (relação com o tempo) incidem perversamente em comunidades tradicionais de terreiro e movimentos ancestrais, cujas cosmovisões têm seus saberes desqualificados e seu ser confrontado, seja militar, judicial ou pedagogicamente (Nogueira, 2020, p. 28). A título ilustrativo de ações do tipo, pode-se citar a quebra de Xangô em Maceió-AL, uma série de ataques coordenados por

grupos paramilitares, praticados em 2 de fevereiro de 1912, que destruíram 150 terreiros em festa pelo dia de Yemanjá e para a qual não houve qualquer julgamento ou condenação de responsáveis pelo Estado^{8, 9}. Ainda hoje podem ser encontradas ações policiais abusivas e invasões ilegais dirigidas a praticantes e às comunidades de terreiro^{10,11}.

Por outro lado, mesmo para os praticantes de religiões institucionalizadas haveria um déficit espiritual herdado de base cultural, uma ansiedade causada pelo isolamento espiritual dos indivíduos, que é o preço pago pela estrutura cognitiva da cultura Europeia marcada pela vivência simbólica da ilusão de “progresso,” por uma constante luta por aquilo que não pode ser alcançado (Ani, 1994, p. 170).

No Brasil, o processo de “aprendizado” - em verdade de aculturação - foi marcante e violento, podendo-se afirmar que a evangelização das populações submetidas (indígenas e africanos escravizados) era parte fundamental da empreitada colonial. A herança de preconceitos e ações contra praticantes das religiões afro nos países americanos estaria, pois, associada à formação da estrutura estatal sob a colonial modernidade. Em sua base epistêmica são considerados saberes válidos apenas os forjados dentro dos

⁸ Cf. UOL. Terreiros atacados, religiosa espancada: o dia sangrento que o país ignora. 02 fev 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/carlos-madeiro/2023/02/02/quebra-de-xango-pais-vivia-maior-ato-de-intolerancia-religiosa-ha-111-anos.htm>;

⁹ UOL. Maior ato de intolerância religiosa do Brasil destruiu 150 xangôs. 02 FEV 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/carlos-madeiro/2023/02/02/quebra-de-xango-pais-vivia-maior-ato-de-intolerancia-religiosa-ha-111-anos.htm?cmpid=copiaecola>

¹⁰ Cf. Brasil de Fato. Polícia Militar tortura filho de Ialorixá e invade terreiro em Alagoas, denuncia advogado. 04 mar 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/03/04/policia-militar-tortura-filho-de-ialorixa-e-invade-terreiro-em-alagoas-denuncia-advogado>.

¹¹ Cf. CORREIO BRASILIENSE. Lideranças religiosas denunciam violência policial nas buscas por Lázaro em terreiros. 19 JUN 2021. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/cidades-df/2021/06/4932387-em-buscas-por-lazaro-policiais-invadem-terreiros-entre-aguas-lindas-e-cocalzinho.html>

limites da racionalidade moderna ocidental¹². Tal racionalidade baseou-se em divisões binárias como primitivo-civilizado, mágico/miticocientífico, irracional-racional, tradicional-moderno que apartaram o mundo natural e o social, bem como a ancestralidade e a espiritualidade, da realidade material (Quijano, 2005; Fernandes, 2017).

Inspirando-se no pensamento de Dussel, o filósofo e pesquisador Wanderson Flor do Nascimento (2017) observa que a colonialidade funda-se em representações dos valores sociais que se mostram como predominantes e que se afirmam como hegemônicos por meio da construção de outras representações minorizadas, inferiorizadas, subalternizadas, que alimentam a predominância da ideia oposta que se institui. Essa dinâmica se expressa por meio das dicotomias operadas a partir da superioridade pressuposta de religiões judaico-cristãs em detrimento das demais.

Com base nessa ideia podemos perceber que existe a evocação de representações sobre pessoas e grupos estigmatizados, cujo efeito é ao mesmo tempo situar no campo de uma hierarquia inferior e afirmar representações sobre uma identidade em negativo, que se arroga como superior, correta. A alegoria do negativo da fotografia aqui é para afirmar que nem sempre essa identidade e intenção de sua exaltação se revela ostensivamente, senão em contornos que demandam um esforço de percepção. A branquitude pode ser percebida como uma identidade em negativo, também a cristandade. Funciona como um padrão, um pressuposto nem sempre visível e anunciado para se medir pessoas, acontecimentos e ordenar o mundo.

¹² Quijano esclarece que: “A modernidade e a racionalidade foram imaginadas como experiências e produtos exclusivamente europeus. Desse ponto de vista, as relações intersubjetivas e culturais entre a Europa, ou, melhor dizendo, a Europa Ocidental, e o restante do mundo, foram codificadas num jogo inteiro de novas categorias: Oriente-Occidente, primitivo-civilizado, mágico/miticocientífico, irracional-racional, tradicional-moderno. Em suma, Europa e não-Europa. Mesmo assim, a única categoria com a devida honra de ser reconhecida como o Outro da Europa ou ‘Occidente’, foi ‘Oriente’. Não os ‘índios’ da América, tampouco os ‘negros’ da África. Estes eram simplesmente ‘primitivos’ (Quijano, 2005, p. 122).

O esforço que fazemos é de desnaturalização do olhar que tende a problematizar a impressão colorida e palpável, ocultando o filme-negativo, a imagem que a originou. Nas palavras de Nilma Lino Gomes: “o problema do negro só existe quando acreditamos que a sociedade deveria ser composta por brancos. O negro é visto como problema porque o branco é a norma, o ideal a ser perseguido em nossa sociedade” (Gomes, 2018, p. 14).

Dentro dessa lógica, identidades que operam na branquitude e na universalização desde uma concepção religiosa pura, branca e cristã, tendem a perceber, gerar e replicar representações que se fundam na demonização das práticas de comunidades de terreiro. Nesse contexto, as práticas de desqualificação de religiões afroameríndias e a violência dirigida a seus praticantes podem cumprir funções sociais diversas. Uma delas é o trabalho de exaltação e autopromoção pelo reforço de representações sociais de superioridade, pureza, correção de determinadas identidades religiosas imaginadas superiores que combatem o demônio, o mal, o inimigo e o personificam nos povos de terreiro.

Embora a modernidade tenha inaugurado uma tendência à emancipação e à criação de subjetividades, para Arroyave Álvarez (2011), o projeto moderno possui (ao mesmo tempo e de forma contraditória), pretensões homogeneizantes e totalizantes que se opõem à produção da diversidade que não se ajusta a seus ideais. Essa contradição se materializa em práticas de exclusão e de dominação sustentadas sobre ideais de universalização e homogeneização, opondo alteridades positivas/reconhecidas e negativas/ não reconhecidas pela racionalidade dominante, que podem ser objeto de discriminação, marginalização e, em casos extremos, de extermínio (Faria; Patiño, 2019).

No contexto do racismo religioso, as práticas de exclusão se direcionam não apenas a uma forma específica de se conectar ao divino, mas alcançam um modo de existência divergente que resiste através dos tempos, tendo como alvo um sistema de valores cuja origem nega o poder normatizador de uma cultura eurocêntrica, hegemônica, cristã. A incidência do racismo religioso vai para além dos corpos de pretas e pretos, alcança as

origens, as práticas, as crenças e os rituais. Trata-se da alteridade negatizada e condenada à não existência. Uma vez fora dos padrões hegemônicos, um conjunto de práticas culturais, valores civilizatórios e crenças não pode existir; ou pode, desde que a ideia de oposição semântica a uma cultura eleita como padrão, regular e normal seja reiteradamente fortalecida (Nogueira, 2020, p. 47).

Trata-se de uma disputa manifestada pela violência contra o diferente, seja por um gesto de recusa radical, que quer extirpar o diferente do convívio, seja pela aposta na crença de que uma punição ao diferente o fará se submeter aos valores impostos pelos contextos sociais hegemônicos. Nessa dupla ambiência dos gestos de violência, encontra-se uma justificação para violentar, de tal maneira que o sofrimento de quem seja atingido por tais gestos seja uma espécie de provação necessária para um adequado funcionamento das sociedades em função de seus valores prevalentes e em detrimento de outras crenças, saberes, práticas e valores (Nascimento, 2012).

Assim, embora sejam visíveis os esforços de luta, de resistência e reexistência, que integram o discurso das epistemologias de terreiro, o que os afasta do receio de vitimização apontado por Arroyave, é necessário reconhecer que o peso das práticas de exclusão, das obras coloniais e de sua violência sistêmica recaem de modo desproporcionalmente maior sobre grupos subalternizados, formando uma espécie de *carrego colonial*, a dizer, "um sopro de má sorte que atinge os diferentes planos da existência do ser" (Rufino, 2019). O *carrego* é algo de que tomamos consciência, mas que precisa ser despachado, despojado para que se siga mais leve. O *carrego colonial* seria uma política de desencantamento que por meio do sistema de terror atua de maneira múltipla na manutenção e aprofundamento dos traumas, investindo em planos concretos e sensíveis da existência, em dimensões como a humilhação e o esquecimento como formas de atentar contra a memória e a ancestralidade como planos éticos e de remontagem existencial. O despacho do *carrego colonial* é uma tarefa que cabe à sociedade como um todo, e não apenas a movimentos negros e afro

religiosos, envolvendo a mobilização de complexas dinâmicas sociais pelas quais a violência se expressa.

Violência, trauma psicossocial e cultural no racismo religioso

A violência institucional está presente de maneira substantiva na formação do Estado brasileiro. Ela pode ser entendida como aquela que se expressa em estruturas hierárquicas que legitimam e reproduzem a injustiça estrutural e é marcada pela violência repressiva efetivada pelo Estado diante de potenciais inimigos que buscam transformar a estrutura social produtora de injustiças e desigualdades sociais (Martins; Lacerda, 2014). A violência institucional passa, pelo Colonialismo, na escravização de negros e indígenas; por ditaduras e formas sistemáticas de violência que persistem ao longo do tempo como o etnicídio de populações originárias, as práticas genocidas contra a população negra, os feminicídios, a violência motivada por homofobia e, no caso estudado, pela marginalização de religiões de matriz afroindígena.

Tais processos de violência e suas consequências podem ser entendidos sobre a perspectiva do trauma. Um trauma é produto de acontecimentos limite que produzem uma ruptura, dividindo a experiência subjetiva em um antes e um depois. O trauma não é só psíquico e individual, mas quando relacionado a acontecimentos históricos e violências sistemáticas generalizadas que afetam coletividades, deixa marcas em toda a população afetada. Nesse caso Martín Baró refere trauma psicossocial como um fenômeno que se produz socialmente, alimentando-se na relação indivíduo-sociedade (Martins; Lacerda, 2014).

Sob essa ótica, os ataques sistemáticos às comunidades de terreiros em todo país¹³, e outras formas de violência associadas ao racismo religi-

¹³ Só nos primeiros 20 dias de 2023, o Disque 100, canal para denúncias de violações de direitos humanos, registrou 58 ocorrências de racismo religioso (Fonte: BBC NEWS BRASIL. 'Liberdade religiosa ainda não é realidade': os duros relatos de ataques por intolerância no Brasil. 29 jan 2023. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil>

oso, podem ocasionar feridas coletivas consolidadas em processos históricos de longa duração, que permanecem e se transmite de geração em geração.

A temporalidade de longa duração subverte a noção linear da História, compreendendo “tempos múltiplos e contraditórios da vida dos homens, que não são apenas a substância do passado, mas também a base da atual vida social” (Braudel, 1965, p. 262). História de longa duração diz respeito a uma continuidade entre “um tempo em que vivemos e o remoto, ecoando a repetição de processos coletivos, de uma história inconsciente que se atualiza” (Braudel, 1965, p. 278).

A noção de trauma psicossocial conecta-se com a ideia de história de longa duração de Braudel, que coloca em evidência a não linearidade do vivenciado, o caráter coletivo e muitas vezes inconsciente dos processos sociais e das consequências de acontecimentos marcantes. Ao mesmo tempo, afasta-se da acepção do termo para a psicologia hegemônica, especialmente da noção psicanalítica de trauma, que o toma como um evento ou acontecimento localizado no passado que afeta e prejudica o funcionamento mental ou psíquico do sujeito singularmente considerado, nos aspectos cognitivo, social ou emocional e de certo modo como adoecimento irrefutável de índole negativa e patológica (Moreira; Guzzo, 2015).

Na visão de Martín-Baró, trauma psicossocial teria um caráter essencialmente dialético, em que o ser humano é considerado como ser histórico (não reduzido a um organismo individual), cuja existência se elabora e se realiza indissociavelmente no conjunto das relações sociais que o constitui e deflagra. Os acontecimentos traumáticos, além da sua capacidade de perturbação das relações sociais e da saúde individual e coletiva, podem abrir possibilidades da organização coletiva, enfatizando a crise

64393722). Pesquisa coordenada pela Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileira com representantes de 255 terreiros de todo o país revelou que quase a metade sofreu até cinco ataques nos anos de 2022 e 2021, e que no mesmo período os crimes em razão da religião aumentaram 45% no Brasil (Fonte: G1. Quase metade dos terreiros do país registrou até cinco ataques nos últimos dois anos, mostra pesquisa. 15 nov 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2022/11/15/quase-metade-dos-terreiros-do-pais-registrou-ate-cinco-ataques-nos-ultimos-dois-anos-mostra-pesquisa.ghtml>)

como uma oportunidade para a insurgência, a ruptura, o momento que marca a identificação das contradições e, assim, impulsionam ações conscientes (Moreira; Guzzo, 2015). Já para Beristain (2010), os acontecimentos potencialmente traumáticos não produzem efeitos uniformes na população, mas eles variam quanto ao nível de impactos sobre os sujeitos e comunidades, em função das possibilidades de resposta e características dos sujeitos e comunidades afetadas.

Pensar o trauma a partir de uma óptica psicossocial implica reconhecer que os sujeitos afetados se encontram em coordenadas sócio-históricas específicas, nas quais também se veem afetadas as relações intersubjetivas, as estruturas e as instituições às que pertencem os indivíduos, em especial aquelas que prestam apoio e suporte emocional (Valenzuela, 2016).

Blanco e colaboradores (2016), propõem a compreensão dos traumas psicossociais a partir de quatro dimensões: o pré trauma, entendido como as condições históricas prévias, descritas nas memórias das situações e experiências que são interpretadas como geradoras do trauma; em segundo lugar, a partir de uma perspectiva cognitiva, os autores aludem à destruição do mundo interior, presente na forma como as experiências de violência intencional afetam o sistema de crenças e de representação do mundo. A terceira dimensão está constituída pelas emoções intergrupais, já que as experiências traumáticas são predominantemente emocionais. “No caso da violência coletiva intencionalmente perpetrada contra outras pessoas pelo fato de ser ‘os outros’, essas emoções estão revestidas, como não poderia deixar de ser, de traços e conotações intergrupais” (Blanco *et al.*, 2016, p. 73) visíveis predominantemente nas reações emocionais das pessoas afetadas em relação a si mesmas e em relação aos grupos identificados como perpetradores da violência. A quarta dimensão é a destruição familiar e comunitária, já que os efeitos da violência coletiva são comparilhados e se estendem pelos sistemas de relação e laços sociais.

Dentro dessa lógica de dialética entre individual e social, passado e presente, psíquico e social, o racismo religioso, ainda que direcionado a um indivíduo, será social e coletivo e está inserido no conjunto das violências pelas quais faz doer, infectar e sangrar a ferida nunca tratada do

colonialismo (Kilomba, 2019), atualizando o trauma social, como um processo que vai além do ato de agressão em si, mas envolve a produção de novas formas de violência, que seriam efeitos performados¹⁴ extravasando o contexto da própria agressão inicial (Butler, 2021).

Rufino (2019) denomina como terrorismo ou atos de terror, violências variadas que se manifestam no aporte de uma ampla, diversificada e sofisticada engenharia produtora de escassez e trauma que tem raça/racismo como alicerce. Ademais, indica o rol não exaustivo de potenciais agressões a que estão sujeitas populações de terreiro: invasões, depredações, incêndios, humilhações, desterros, ameaças de morte, interdição de rituais em espaços públicos e assassinatos, que podem ser pensados como instrumento de terror.

Rufino (2019, p. 232) situa os referidos atos de terror na complexa engenharia colonial que desdobra o racismo em ações de:

Quadro 1 de autoria própria, extraído a partir da leitura de Rufino (2019)

Cosmofobia (Santos, 2015)	dimensões da recusa, repulsa e desejo de aniquilação de complexos explicativos de mundo não brancos e ocidentais
Colonialidade cosmogônica (Walsh, 2009)	a obra colonial se debruçou sobre outras formas de existência, significação e interação de mundo, alterando-as, capturando-as e subordinando-as à lógica dominante. Essa lógica também legitima a própria presença e atuação do sistema opressor, na medida que inscreve uma narrativa de interdição sobre o outro,

¹⁴ Pensando a partir de Butler (2021) um ataque no contexto do racismo religioso como um ato de enunciação que potencialmente cria realidades, o efeito performativo é aquele que ultrapassa os limites da enunciação do ato, tendo funções e efeitos para além do conteúdo enunciado, no caso criando novas condições para a perpetuação da violência.

Epistemicídio (Carneiro, 2005) Semicídio (Sodré, 2017) Comunitaricídio (Grosfoguel, 2018) Psicopolítica (Hun, 2018) Necropolítica (Mbembe, 2018)	conceitos nos levam a pensar como os ataques estabelecem vínculos com a lógica de edificação do Ocidente-europeu e toda sua agenda de terror colonial: as ações de violência investem na fratura e aniquilação das esferas de conhecimento, linguagem e organização da vida que sejam contrárias a política de dominação
--	--

O complexo de violências apontado por Rufino (2019), que visa aniquilar sistemas ontológico-culturais distintos, pode também ser lido sob a perspectiva da violência cultural “definida como aqueles aspectos da cultura, a esfera simbólica da nossa existência -materializada na religião e ideologia, na linguagem e a arte (...) - que pode ser utilizada para justificar ou legitimar a violência direta ou a violência estrutural” (Galtung, 1990, 149).

Importa sublinhar que os pressupostos de inferioridade racial nos campos religioso e cultural que guiaram como pano de fundo a intervenção colonial do Estado português e que se seguiram em processos de exclusão sistemáticos, configuraram-se como violência cultural, interagindo e justificando múltiplas formas de violência. Ademais, materializaram-se em instrumentos normativos e institucionais, apoiados pelo Estado, que revelam o aspecto estrutural da violência (Galtung, 1990), validando a perpetuação de práticas sistemáticas de exclusão e de violência direta, como a expulsão dos indígenas de suas terras, a declaração pelo Império Português de terras indígenas como devolutas e, adiante, sua apropriação arbitrária pelo Estado e titulação a particulares de terras notoriamente habitadas por povos originários, e, por fim, processos de invisibilização e o próprio extermínio da população indígena, com a drástica redução numérica logo ao final da dominação portuguesa (Ramos, 2023, p. 1079-80). Tais processos permanecem ativos até a atualidade, juntamente com as diversas formas atualizadas de violências historicamente assentadas e retroalimentadas em espiral.

A exclusão histórica das comunidades de terreiro configurou-se por meio de duas operações típicas de violência cultural: a transformação em aceitáveis de outras formas de violência e a apresentação da realidade com caracteres difusos, de modo que não se possa perceber o ato como violento. Tais operações deram-se, por exemplo, por meio das ações apontadas por Rufino (2019, quadro 1) de discursos estigmatizantes, de inferiorização e demonização de religiões afroindígenas, práticas institucionais de repressão a cultos dissidentes.

A violência cultural, a exemplo da estigmatização de tradições espirituais de matriz africana, está associada a violências diretas (agressões, humilhações, depredações) e estruturais, conferindo-lhes razão e legitimidade. Por esse motivo, o racismo religioso não pode ser entendido como um fenômeno isolado e pontual, mas que integra outras violências e práticas de exclusão que compõem as formas como se manifesta o menosprezo de sujeitos e grupos sociais identificados pelo culto às tradições de matriz afroindígena. Dessa trama de violências fazem parte as práticas genocidas que afetam a população negra e jovem no Brasil.

No pensamento de Galtung (1990) o racismo religioso é uma violência cultural que afeta as necessidades identitárias e de bem-estar dos seres humanos. Em uma sociedade, como a brasileira, na qual as relações de poder se estruturam a partir da determinação da raça, o racismo religioso justifica outro tipo de violências estruturais e diretas.

As violências não são aleatórias nem isoladas: são tentativas que seguem uma lógica institucionalizada de extinguir uma estrutura mítico-africana milenar que fala sobre modos de ser, de resistir, (re)existir e de lutar. A partir da herança da violência estrutural racista-escravocrata-colonial, segundo perspectiva formulada por Martín-Baró (1988), a violência institucionalizada se impõe em estruturas hierárquicas que legitimam e reproduzem a injustiça estrutural e pela violência repressiva, isto é, aquela efetivada pelo Estado diante de potenciais inimigos que buscam transformar a estrutura social produtora de injustiças e desigualdades sociais” (Martins; Lacerda, 2014).

A destruição de terreiros constitui expressão do *terror colonial*, como parte de um complexo de violências integradas dirigido a conter e aniquilar sistemas produtores de vida, já que “do ponto de vista, político, epistemológico e pedagógico os terreiros cumprem também remontagens de identidades, saberes, gramáticas e suas respectivas formas de ensino aprendizagem” (Rufino, 2019, p. 232).

A conexão entre violências irreversivelmente marcantes e terror colonial pode vir a produzir um trauma cultural que ocorre “quando membros de uma coletividade sentem que foram submetidos a um acontecimento terrível que deixa marcas indeléveis na consciência coletiva, marcando suas memórias para sempre e mudando sua identidade futura de maneira fundamental e irrevogável”¹⁵ (Alexander, 2016, p. 193).

Alexander (2016) ressalta, porém, que a existência de um trauma cultural compartilhado não seria automática, dependendo de processos coletivos de interpretação cultural. Tais processos coletivos são relevantes porque o reconhecimento das causas do trauma e sua elaboração pelos grupos sociais, sociedades nacionais ou civilizações, potencialmente auxiliam na identificação das fontes do sofrimento humano e criam condições de assunção de responsabilidade moral por esse sofrimento, podendo ampliar laços de solidariedade e possibilidades de reparação.

Considerações finais

A partir desse contexto, o primeiro ponto de reflexão que se coloca para se pensar dimensões epistêmicas e psicossociais do racismo religioso é: as subjetividades alvejadas pelo racismo religioso são forjadas numa experiência coletiva histórico-cultural comum e partilhável de violência e,

¹⁵ Tradução livre do trecho: “se produce cuando los miembros de una colectividad sienten que han sido sometidos a un acontecimiento horrendo que deja marcas indelebles en la conciencia colectiva, marcando sus memorias para siempre y cambiando su identidad futura de manera fundamental e irrevocable” (ALEXANDER, 2016, p. 193).

por mais específica que seja a agressão, ela não deve ser lida como “individual” ou como um fato isolado. Existem processos de subjetivação partilhados que configuram um verdadeiro trauma psicossocial (Martín-Baró), que unem passado, presente e futuro em vivências emocionais e memórias coletivas conectadas a uma história de longa duração (Braudel, 1985) e que são potencialmente acionados pelas agressões.

Os ataques atingem não apenas corpos físicos e territórios de praticantes dos cultos de matrizes africanas, mas também dimensões sensíveis e profundas da existência (Rufino, 2019) porque a subjetividade pode estar profundamente associada à espiritualidade, e, em última análise, caracteriza a negação da humanidade desses fiéis (Nogueira, 2020, p. 48). Por outro lado, terreiros podem constituir espaços de resistência, representando quilombo epistemológico, *locus* enunciativos que operam na recomposição dos seres alterados pela violência colonial (Nogueira, 2020, p. 30 e 55), configurando-se em uma perspectiva dinâmica e potencialmente emancipatória de resposta ao trauma social.

Por mais que aparentemente se dirija a uma pessoa, as comunidades de terreiro são atingidas como um coletivo imaterial na ofensa: a violência praticada é repetível e funciona como um discurso de ameaça (pode acontecer de novo, comigo, com meu irmão, no meu ou em outro terreiro conhecido), tornando todas as pessoas do grupo que partilham identidades, crenças e práticas religiosas, susceptíveis ao ataque. Desse modo, comunidades de terreiro, partilhantes de rituais que remetem a uma cosmovisão africana ou afro-indígena são coletivamente vulnerabilizados, como efeito performado pelo ataque (Butler, 2021).

O efeito performativo do ataque relaciona-se ao fato de que ele pode se desdobrar em variadas formas de agressão tendo em vista o funcionamento em espiral da violência¹⁶, em que quando iniciada desencadeia um processo que tende a crescer e a se autonomizar de suas raízes históricas (Moreira; Guzzo, 2015).

¹⁶Ideia formulada por Martín-Baró (1985/2012).

A ideia de espiral da violência articula-se ao fato de que o racismo religioso se insere num quadro de rejeição de certas subjetividades e grupos sociais, que alcança variados contextos, indo desde ambientes familiares a instituições públicas e, recentemente em especial, escolas; e diversos grupos social e politicamente vulnerabilizados como pessoas negras, comunidade LGBTQIA+, povos indígenas e quilombolas¹⁷. Volta-se, ademais, contra a natureza e contra a ciência, e contra saberes não hegemônicos. Emerge em um contexto em que o projeto expansionista de algumas religiões tem se revelado principalmente como projeto de poder.

Dada a complexidade da organização do ódio, as violências dirigidas a minorias políticas e sociais nem sempre são distinguíveis. Podem ser motivadas pela percepção pelo agressor de pertencimento a um ou, simultaneamente, a mais de um grupo estigmatizado. Os instrumentos de violência – seja ela estrutural, institucional, discursiva, psicológica, física – são abundantemente experimentados pelos corpos e expressões que fogem ao ditame de normalidade eurocentrada, fálica, cristã. Desse modo, a ideia de coletivização e de partilha, que se expande a partir desse lugar de pertencimento não europeizado é em si disruptiva, e em alguma medida uma (re)existência contra-colonial, contra-hegemônica e, por isso, duramente combatida.

Referências

ALEXANDER, J. C. Trauma cultural, moralidad y solidaridad La construcción social del Holocausto y otros asesinatos en masa1. **Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales**, [S. l.], v. 61, n. 228, p. 191-210, set. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0185-1918\(16\)30045-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0185-1918(16)30045-9).

ÁLVAREZ, E. O. A. **Tecnologías de poder, alteridades y prácticas genocidas en Colombia entre 1980-2010: exterminios masivos, dentro y**

¹⁷ Conforme afirma o professor Álamo Pimentel em seu texto Intolerância Organizada. 15 maio 2023. Disponível em <https://alamopimentel.blogspot.com/2023/05/intolerancia-organizada.html>

fuera de la guerra. 2017. Tesis (Doctorado em Ciencias Sociales) – Universidad de Antioquia, Medellín, 2017.

ANI, M. **Yurugu**: Uma Crítica Africano-Centrada do Pensamento e Comportamento Culturais europeu. New Jersey: Africa World Press, 1994.

ARGEMÍ, M. D.; RUEDA, L. Í. La construcción social de la violencia. **Athenea Digital**, Barcelona, n. 2, p. 1-10, 2002.

BALLESTRIN, L. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 11, p. 89-117, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-33522013000200004>.

BERISTAIN, C. M. **Manual sobre perspectiva psicosocial en la investigación de derechos humanos**. Instituto Hegoa - UPV/EHU. Espanha: Lankopi, 2010.

BLANCO, A. *et al.* Social (dis)order and psychosocial trauma: look earlier, look outside, and look beyond the persons. **American Psychologist**, [S. l.], v. 71, n. 3, p. 187-198, 2016. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0040100>.

BRAUDEL, F. História e Ciências Sociais: a longa duração. **Revista de História**, [S. l.], v. 30, n. 62, p. 261, 30 jun. 1965. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2316-9141.rh.1965.123422>.

BUTLER, J. **Discurso de ódio**: uma política do performativo. São Paulo: Editora Unesp, 2021.

CARNEIRO, A. S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FARIA, L.; PATIÑO, R. A. Dimensão psicossocial da pandemia do Sars-CoV-2 nas práticas de cuidado em saúde de idosos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 26, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.210673>.

FERNANDES, N. V. E. A raiz do pensamento colonial na intolerância religiosa contra religiões de matriz africana. **Revista Calundu**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 117-136, 5 jul. 2017. Biblioteca Central da UNB. <http://dx.doi.org/10.26512/revistacalundu.v1i1.7627>.

GALTUNG, J. La violencia: cultural, estructural y directa. **Journal of Peace Research**, [S. l.], v. 27, n. 3, p. 291-305, 1990.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**: Episódios de racismo cotidiano. Tradução: Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

MARTINS, K. O.; LACERDA JR, F. A contribuição de Martín-Baró para o estudo da violência: uma apresentação. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 14, n. 31, p. 569-589, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2014000300010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em :23 jul. 2023.

MOREIRA, A. P. G; GUZZO, R. S. L. Do trauma psicossocial às situações-limite: a compreensão de ignácio martin-baró. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 569-577, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166x2015000300021>.

MOTA, E. G. Diálogos Sobre Religiões de Matrizes Africanas. **Revista Calundu**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 1-1, 30 jun. 2018. Biblioteca Central da UNB. <http://dx.doi.org/10.26512/revistacalundu.v2i1.9543>.

NASCIMENTO, W. F. Afrorreligiosidade na mira do racismo. **Correio Brasiliense**, Brasília, Opinião, seg. 3, p. A11. 3 mar. 2014.

NASCIMENTO, W. F. Intolerância ou racismo?. **Hora Grande**, {S. l.}, v XXI, n. 167, 2016.

NASCIMENTO, W. F. O fenômeno do racismo religioso: desafios para os povos tradicionais de matrizes africanas. **Revista Eixo Eixo - Especial Educação, Negritude e Raça no Brasil**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 51-56, 2017.

NOGUEIRA, S. **Intolerância religiosa**. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2020. (Feminismos Plurais/coordenação de Djamila Ribeiro)

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocetrismo e América Latina. *In.*: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais: perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires, Argentina: CLACSO, 2005.

RAMOS, A. C. **Curso de Direitos Humanos**. 10 ed. São Paulo: SaraivaJur, 2023.

RUFINO, L. Racismo religioso: política, terrorismo e trauma colonial. outras leituras sobre o problema. **Problemata**, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 229-242, nov. 2019. Problemata: International Journal of Philosophy. <http://dx.doi.org/10.7443/problemata.v10i2.49125>.

VALENZUELA, L. V. **Trauma Psicosocial: Naturaleza, dimensiones, y medición**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidad Autónoma de Madrid, Madri. 2016. Disponível em:

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/672523/villagr%C3%A1n_valenzuela_loreto.pdf?sequence=1. Acesso em: 08 nov. 2023.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos Psicanalíticos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Sofrimento moral no trabalho em saúde: conceitos e vivências

Marta Verdi

Carolina Eidelwein

Jaqueline Marcos dos Santos

Maria Esther Souza Baibich

Introdução

O sofrimento moral é um fenômeno estudado no campo do trabalho em saúde desde a década de 80, especialmente em relação às práticas do núcleo da enfermagem, a partir de elaborações de cientistas estadunidenses. Passadas quatro décadas do surgimento do conceito de “*moral distress*” proposto por Jameton (1984) - como impossibilidade de ação em acordo com valores fundamentais e obrigações devido a restrições internas e externas - e da crescente reflexão diante da sobrecarga psicológica e física resultante do sofrimento moral, tanto as questões éticas experienciadas no trabalho em saúde quanto às pesquisas sobre o tema foram sendo ampliadas e complexificadas (Ulrich *et al.*, 2010).

Nesse contexto, é relevante compreender o trabalho em sua historicidade e contemporaneidade, subsidiando as discussões sobre os impactos causados aos trabalhadores. Com implicações na saúde individual e coletiva, o trabalho se tornou importante objeto de estudo com vista ao aprofundamento dos saberes e práticas, entrevedo possibilidades de intervenções que minimizem danos e promovam condições saudáveis de vida.

As pressões e tensões decorrentes da organização do trabalho também interferem nos trabalhadores da saúde, não diferente de outros setores. A lógica capitalista de mercado impulsiona o consumo e exige das pessoas, ao mesmo tempo, adequação financeira, ocorrendo a necessidade de múltiplos vínculos empregatícios, evitando o desemprego, e buscando

o esforço pela qualificação. Todos esses elementos contribuem para o adoecimento (Martins; Robazzi; Bobroff, 2010).

Ao nos debruçarmos sobre o mal-estar no mundo do trabalho e as estratégias engendradas pelas equipes de saúde diante dos problemas vivenciados em seu cotidiano, não podemos nos furtar da inserção desse debate no contexto sócio-histórico a que nos referimos. Em tempos de neoliberalismo, Safatle, Silva Junior e Dunker (2021) buscam problematizar a questão do sofrimento psíquico, na esteira de outros estudos, que sublinham a estreita dependência entre sofrimento psíquico e sofrimento social. Nessa abordagem, o neoliberalismo aparece não apenas como modelo socioeconômico, mas como gestor - aquele que gera e aquele que gerencia - do sofrimento psíquico, com um discurso de natureza disciplinar que mobiliza categorias morais e psicológicas a todo o tempo para falar de processos econômicos. Ao reduzir a noção de liberdade ao exercício da livre propriedade e da livre concorrência, essa concepção proporciona não apenas a despolitização da sociedade e a criminalização de seus conflitos, mas uma forma de gestão psíquica, com a produção de modos de subjetivação, formas de agir e de sofrer nesse mundo. Se nos primórdios do liberalismo o sofrimento no trabalho era considerado um problema para a produção e para o cálculo da felicidade, em sua *neo* versão busca-se aproveitar esse sofrimento ao máximo, como motor de alta rentabilidade.

Nessa direção, a emergência do sofrimento moral parece estar diretamente vinculada às políticas vigentes de produção de sujeição e sofrimento, no sentido estrito de diferentes montagens de sintomas e adoecimentos, como de mal-estar na cultura, em uma espécie de “paralisia da crítica” (Safatle, 2021). No exercício analítico aqui empreendido, buscamos abordar o conceito de sofrimento moral como mais uma categoria capaz de ampliar nossos repertórios clínico-políticos. Para isso, percorremos um traçado das principais elaborações conceituais nessa área, acompanhado da análise de vivências emergentes em pesquisas recentemente desenvolvidas por pesquisadoras do Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Para entender o sofrimento moral no trabalho em saúde

O sofrimento moral é considerado um fenômeno que tem ocorrido com frequência no cotidiano de práticas das profissões de saúde (Ulrich; Grady, 2018). O conceito original foi abordado no campo da enfermagem pelo filósofo Andrew Jameton (1986), como um desequilíbrio psicológico desencadeado diante de uma situação em que a pessoa é impedida de realizar a conduta moralmente correta devido a constrangimentos institucionais. O primeiro estudo que abordou o tema foi realizado por Judith Wilkinson entre 1987/1988, o qual contribuiu significativamente para a compreensão das dimensões que perpassam o sofrimento moral, apresentadas pela autora como experiência e efeito.

Estas dimensões incluem aspectos situacionais, cognitivos, atitudinais e sentimentais, que caracterizam o sofrimento moral em um tipo particular de sofrimento. Por não ser considerado qualquer sentimento doloroso de angústia, a dimensão da experiência explica como ocorre a vivência do sofrimento moral desde a sua origem, delimitada em quatro fases: 1) situação moral; 2) decisão moral; 3) percepção da incapacidade para agir; 4) sentimentos de dor e desequilíbrio psicológico. A primeira fase corresponde ao momento em que o profissional de saúde reconhece o problema ético relativo ao atendimento ao paciente. Logo após, a situação exige da pessoa envolvida na atividade uma atitude pautada na sua própria decisão moral. Ao tentar realizá-la, o profissional percebe-se incapaz de agir devido a impedimentos do contexto. Por fim, sentimentos de angústia moral e desequilíbrio psicológico podem se manifestar, iniciando o processo de sofrimento moral (Wilkinson, 1987).

Na abrangência da dimensão dos efeitos, outras quatro fases estão interligadas e possuem aspectos semelhantes: 1) comportamentos de enfrentamento; 2) frequência de casos; 3) efeito na totalidade; 4) efeito no atendimento ao paciente. Diante da angústia moral, o profissional de saúde pode viabilizar tentativas imediatas ou a longo prazo para sanar os sentimentos dolorosos. No entanto, quanto mais frequente é a exposição aos conflitos éticos, mais difícil se torna enfrentar o sofrimento moral.

Assim, os efeitos desse processo podem resultar em desfechos bem ou malsucedidos, como a manutenção da integridade moral, caso o profissional possua comportamentos de enfrentamentos efetivos ou a degradação da integridade moral decorrente de estratégias malsucedidas, podendo inclusive, prejudicar o atendimento ao paciente (Wilkinson, 1987).

Desde então, o fenômeno vem sendo amplamente estudado, com especial atenção na área da enfermagem, inclusive propondo novas revisões para sua definição (Ambruosi; Guedes, 2020). Dentre os estudos contemporâneos que buscam ampliar o conceito de sofrimento moral, se destaca a proposta de Barlem e Ramos (2015) relacionando-o a sentimentos de impotência diante da inibição da ação moral que ocorre em microespaços de poder onde se desenvolvem as práticas profissionais. Consequentemente, a obstrução do processo de deliberação moral compromete a advocacia e a sensibilidade moral, podendo desencadear um ciclo de acontecimentos caracterizados pela inexpressividade ética, política e advocatícia do profissional, além de manifestações físicas, psíquicas e comportamentais.

Ancorado no conceito anteriormente produzido, o estudo de Ramos *et al.* (2016), apresenta um marco conceitual atualizado visando aprofundar as investigações nos diversos contextos de trabalho da enfermagem, revelando com detalhes novos elementos e conceitos da experiência moral. As autoras passam a conceituar o sofrimento moral como um processo, desencadeado, inicialmente, por um problema ético, que exige do trabalhador um posicionamento. Diante do conflito ético, a reflexão moral é ativada levando o trabalhador a questionar os valores implicados na situação. É importante considerar que o problema ético só é reconhecido devido à sensibilidade moral, uma habilidade de percepção diferenciada, que é aprimorada a partir das experiências morais amplamente exercitadas. A sensibilidade moral está inserida no processo de sofrimento moral e se relaciona com os conceitos de incerteza moral, desconforto moral e dilema moral.

Na incerteza moral o profissional de saúde não possui clareza dos valores em conflito e não sabe exatamente o que a sua moral exige que faça

naquela situação, dificultando a deliberação sobre o curso de ação mais prudente a ser tomado. Neste contexto, pode-se desenvolver o desconforto moral, entendido como sentimento de estranhamento e incômodo com relação aos fatos. Diferentemente da incerteza moral, o dilema moral apresenta conflitos entre dois ou mais valores, onde a realização de um valor, automaticamente anulará o outro. Dessa forma, a abordagem dilemática no campo da bioética é considerada insuficiente para a resolução de conflitos morais e éticos do trabalho em saúde, pois desconsidera analisar caminhos diferentes capazes de preservar os valores morais implicados na situação (Ramos *et al.*, 2016).

Em síntese, no processo de sofrimento moral proposto por Ramos *et al.* (2016), o problema ético pode conduzir para as seguintes conjunturas: 1) a estagnação na incerteza moral, não ocorrendo a deliberação moral para a resolução do problema; 2) a completude do processo de deliberação moral, baseado em uma análise problematizadora do juízo morais, capaz de ampliar as possibilidades para a eleição do curso de ação mais prudente; ou 3) a incompletude da deliberação moral, por impedir que a tomada de decisão seja concretizada. Este último desfecho conclui o processo de sofrimento moral diante da impossibilidade de o profissional agir com base em seus preceitos morais.

Ainda que o sofrimento moral seja objeto de estudo em diferentes regiões do mundo, alguns autores questionam os estudos que seguem utilizando como base o conceito original, pois apresentam discussões limitadas, ignoram outras situações que podem ser identificadas como sofrimento moral, bem como não abordam as questões éticas e complexas que envolvem as demais profissões da saúde para além da enfermagem (Morley *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2021; Ulrich; Grady, 2018).

Assim, buscando incorporar novos casos e ampliar a definição, as bioeticistas Connie M. Ulrich e Christine Grady propõem o conceito de sofrimento moral reconhecido como “uma ou mais emoções ou atitudes negativas autodirecionadas que surgem em resposta ao envolvimento percebido de alguém em uma situação que percebe ser moralmente indesejável” (Ulrich; Grady, 2018, p. 75, tradução nossa). As autoras explicam que

inicialmente o conceito pode parecer vago, no entanto, isso é intencional para que possam ser incluídos os diversos conflitos éticos presentes nas relações de trabalho em saúde. Esta conceituação não exclui as demais concepções de sofrimento moral, mas propõe uma fundamentação teórica capaz de identificar formas singulares de angústia moral a partir do esclarecimento de alguns elementos.

Primeiramente, o conceito proposto por Ulrich e Grady dá ênfase ao comprometimento moral do profissional de saúde com determinada situação, pois mencionam que as emoções e atitudes negativas devem ser “autodirigidas”, excluindo os casos de sentimentos negativos simplesmente por estar envolvido em um caso moralmente questionável. Amplificam o conceito dizendo que a angústia moral pode ocorrer mesmo quando o envolvimento em uma situação problemática é de outra pessoa, no entanto, o profissional pode se sentir comprometido por ter agido ou deixado de agir conforme seus juízos morais. Além disso, expõe que o sofrimento moral ocorre diante de impedimentos que nem sempre são concretos ou visíveis, mas em circunstâncias que igualmente impossibilita uma ação moral. Assim, considera que o sofrimento moral pode surgir diante das situações de incerteza moral, dilema moral, má sorte e angústia por associação.

Perante uma situação de incerteza moral, o indivíduo não sabe o que fazer, visto que a vida enquanto agente moral é complexa, sendo difícil decidir o curso de ação, principalmente, quando faltam informações empíricas sobre determinada situação. Frente aos dilemas morais, ainda que o profissional de saúde não seja impedido de tomar uma atitude, não é possível eleger a ação moralmente correta, conduzindo igualmente para o sofrimento moral. Na situação de má sorte, o profissional não sofre impedimentos, pelo contrário, realiza com sucesso a ação moral que julga ser a melhor, porém suas ações acabam repercutindo em consequências moralmente indesejáveis devido a um conjunto de fatores que não estavam sob seu controle. Numa situação de angústia por associação, também não há restrições internas para a tomada de ação moral, mas está associada ao

envolvimento de alguém com outra parte responsável por decisões moralmente indesejáveis na qual o profissional se sente moralmente comprometido, embora a responsabilidade não recaia sobre ele.

Analisando os conceitos produzidos por outros autores, Jameton (1984) criou o conceito original a partir dos relatos de enfermeiros que participavam de suas aulas expondo vivências de angústia ocasionadas por conflitos morais. Foi um conceito muito importante para a época, com lacunas que passaram a ser melhor compreendidas a partir de estudos empíricos. Wilkinson, com a classificação das dimensões experiência e efeito do sofrimento moral, possibilitou que os profissionais de saúde reconhecessem as fases deste sofrimento, evidenciando o componente ético e para que não fosse confundido com qualquer sofrimento psíquico. Seguindo com o objetivo de incluir elementos conceituais, o estudo de Ramos *et al.* (2016) trouxe contribuições significativas ao conceituar o processo de deliberação moral, dado que ele ocorre inicialmente, entretanto, é interrompido por obstáculos que impedem o curso da ação mais prudente.

Por fim, o conceito de Ulrich e Grady (2018) complementa as demais concepções propostas anteriormente, incluindo contextos de trabalho e relações complexas do trabalho em saúde que é compartilhado por diversas profissões. O conceito avança ao compreender que o sofrimento moral se fundamenta nas percepções dos profissionais de saúde sobre o seu envolvimento em uma situação moralmente indesejável, visto que estes possuem níveis de comprometimento moral e diversas maneiras de se relacionar com situações moralmente problemáticas. Esta é uma definição que permanece em construção a partir de novas pesquisas que buscam a melhor compreensão do fenômeno. Tão importante quanto identificar e compreender o sofrimento moral no ambiente de trabalho em saúde é saber diferenciá-lo de outras formas de sofrimento que possam estar relacionadas a ele.

O assédio moral é uma forma de violência no âmbito do trabalho, caracterizada por condutas abusivas que expõem o trabalhador a situações humilhantes, constrangedoras e degradantes, com a intencionalidade de causar danos à vítima (Tercioti, 2013). Nas relações entre subordinado e

subordinador, é recorrente ser incitado pelo superior hierárquico, motivado pela competitividade, produtividade insuficiente ou falta de resultados esperados (Thofehrn *et al.*, 2008). Assim, toda conduta de assédio moral provoca dano moral, capaz de ferir gravemente os valores fundamentais à personalidade e pactuados pela sociedade, causando sofrimento psíquico e adoecimento (Peli; Teixeira, 2006). A experiência do assédio moral poderá causar sofrimento moral frente situações que ameaçam a integridade moral e profissional. Entretanto, é importante distinguir que há situações de sofrimento moral que não derivam de situações de assédio moral, ainda que ambas possam resultar em sofrimento psíquico e moral, evidenciadas por meio da dor ou angústia.

O sofrimento é concebido de maneiras diferentes em várias culturas, estando muitas vezes associado a dor física. Em definições clássicas como a de Cassell, o sofrimento é um estado de aflição severa, associado a acontecimentos que ameaçam a integridade da pessoa. Mas o foco do sofrimento não se deve propriamente à causa, mas ao risco que representa para a autopercepção da identidade. É uma experiência pessoal, egocêntrica e complexa que envolve um evento intensamente negativo ou uma ameaça percebida. O ser humano é o único dotado desse sentimento intrínseco, decorrente do excesso de algo, que incomoda, perturba ou provoca insatisfação (Ribeiro, 2005).

Em relação ao sofrimento psíquico, objeto de estudo da psicopatologia, pode-se dizer que tem sido decomposto em seus elementos, a cada contexto histórico-político, em diversas tentativas de compreendê-los, classificá-los, estudá-los e tratá-los. Hoje, o termo "psicopatologia" encontra-se associado a muitas disciplinas que se interessam pelo sofrimento psíquico, em diferentes abordagens teóricas, o que evidencia que o fenômeno psíquico não é redutível a uma única forma discursiva. As manifestações do *pathos* (que do grego resultou em "paixão", "excesso", "passagem", "passividade", "sofrimento", "assujeitamento", "patológico") constituem um dos modos como podemos nos referir ao sofrimento psíquico ou mal-estar. Tais manifestações são constitutivas, cada pessoa traz uma

voz singular a respeito de suas paixões, as quais manifestam aspectos subjetivos que podem, através da expressão em palavras, transformar a paixão em experiência, modificando a própria existência (Ceccarelli, 2005).

Visto que sofrimento moral e sofrimento psíquico são conceitos advindos de campos distintos, é importante demarcar que ambos ampliam o foco do adoecimento da pessoa, estritamente, e passam a sublinhar aspectos socioculturais desse padecimento. No primeiro caso, como visto aqui, considera-se os problemas éticos e o contexto do trabalho em termos do vivido, da experiência de quem trabalha no setor saúde. No segundo, a noção de *pathos* vem problematizar a tradução do sofrimento em patologias, transtornos e sintomas, sinalizando que este discurso está em completa conformidade com os ideais culturais da atualidade, que sustentam uma fantasia de recobrimento da irredutibilidade do mal-estar (Souza; Laureano, 2020).

O trabalho em saúde e as vivências de sofrimento moral

A análise da categoria trabalho pressupõe considerarmos o seu impacto na vida dos trabalhadores tanto historicamente como na contemporaneidade. Com implicações na saúde individual e coletiva, o trabalho se tornou importante objeto de estudo com vistas ao aprofundamento dos saberes e práticas, entrevedo possibilidades de intervenções que minimizem danos e promovam condições saudáveis de vida.

As pressões e tensões decorrentes da organização do trabalho também interferem nos trabalhadores da saúde, não diferente de outros setores. A lógica capitalista de mercado impulsiona o consumo e exige das pessoas, ao mesmo tempo, adequação financeira, ocorrendo a necessidade de múltiplos vínculos empregatícios, evitando o desemprego, e buscando o esforço pela qualificação. Todos esses elementos contribuem para o adoecimento (Martins; Robazzi; Bobroff, 2010).

É necessário compreender que o trabalho e a natureza do trabalho mudaram. Os riscos também são de outra natureza, mais amplos, alguns

deles imateriais e invisíveis. Relacionam-se, principalmente, com o processo de trabalho, sua dinâmica, organização, condições com que é realizado, bem como com o conteúdo mental do trabalho.

As mudanças dos processos produtivos ocorridos no campo da saúde podem ser identificadas diante da incorporação de novas tecnologias de cuidado e de organização do processo de trabalho, alterando de modo significativo a lógica de produção do cuidado de procedimento-centrada para relacional-centrada, exigindo mudanças nas atitudes dos trabalhadores no modo de cuidar do outro, as quais resultaram em novos processos de subjetivação (Franco, 2002). Reforçando essa ideia, Junges *et al.* (2012), apontam que tais mudanças perpassam a superação da lógica hospitalar, baseada nas práticas curativas, para ações de promoção da saúde e prevenção, desenvolvidas pelo trabalho em equipe, acompanhamento das famílias no território e a criação de vínculos entre os envolvidos.

Desde a década de 1970, o trabalho em saúde no Brasil passou a priorizar a composição de equipes de profissionais com diferentes formações. A prática interdisciplinar exige um “pensar com” e “mútuo” sobre um tema que instigue o fazer institucional e o fazer clínico, para que sejam elaboradas estratégias teóricas, clínicas e políticas sobre as ações e seus efeitos. A prática interdisciplinar é um posicionamento ético e, portanto, contínuo (Franco, 2003; Schramm, 2004).

Muitas questões que envolvem as atuais demandas, os direitos e a oferta de serviços em saúde, requerem um olhar ético, uma vez que o trabalho em saúde exige de seus profissionais a reflexão constante e a tomada de posição ética, o que torna o desenvolvimento deste tipo de competência um grande desafio.

Num país como o Brasil com tantas diferenças e desigualdades sociais, tornam-se frequentes as preocupações com problemas de ordem ética, que compreendem conflitos de valores e deveres. Frente à amplitude destes problemas éticos vivenciados, acredita-se que sejam problemas comumente verificados no cotidiano da atenção em saúde e que em muitos casos tornam-se “naturalizados” dificultando sua percepção e enfrentamento.

Nos últimos anos, percebe-se que muitos pesquisadores têm se dedicado a estudar problemas éticos vivenciados no âmbito hospitalar (Junges *et al.*, 2012; Siqueira-Batista *et al.*, 2015; Simas *et al.*, 2016; Zoboli, 2004) e que envolvem situações pontuais, dramáticas e que necessitam de resposta imediata. Cenário que difere da Atenção Primária à Saúde (APS), onde os profissionais buscam objetivos a longo prazo, como a melhora dos indicadores de saúde, traduzindo a integralidade nos cuidados prestados à população.

No sentido de evidenciar os problemas éticos presentes na APS, a bioeticista Elma Zoboli (2004) identificou no cotidiano de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (eSF), tais problemas agrupando-os em três categorias:

1) Problemas éticos na relação da equipe com o usuário e famílias: com a interferência dos profissionais no estilo de vida dos usuários e famílias, o desrespeito, o preconceito e a discriminação. Projeto terapêutico com imprecisões clínicas e prescrições que o usuário não conseguirá fazer ou comprar, recusa ou não adesão ao tratamento, além de dificuldades para manter o sigilo e a privacidade do usuário.

2) Problemas éticos na relação entre os trabalhadores da equipe: falta de compromisso e companheirismo, desrespeito entre os profissionais da equipe, despreparo, omissão, dificuldades na definição do papel e responsabilidades de cada integrante da equipe.

3) Problemas éticos com a organização e o sistema de saúde: falta de estrutura, condições, apoio estrutural e da gestão, falta de apoio e transparência da gestão. Precariedade no atendimento, dificuldades de acesso do usuário aos serviços e exames complementares, sobrecarga de trabalho, excesso de admissão de usuários.

Tais resultados foram corroborados por Baibich (2023) em um estudo recente sobre a “Vivência de Sofrimento Moral no trabalho por trabalhadoras de equipes multiprofissionais em Atenção Domiciliar do SUS” onde as narrativas foram organizadas em duas categorias temáticas: Problemas Éticos Relacionados à Organização do Trabalho e Problemas Éticos nas relações interprofissionais.

Na categoria Problemas Éticos Relacionados à Organização do Trabalho foram identificados como problemas éticos a precarização das condições de trabalho e dos vínculos trabalhistas; o despreparo dos trabalhadores para atuar frente às novas competências relacionais e tecnológicas exigidas no trabalho domiciliar; dificuldades na pactuação dos fluxos de trabalho nas linhas de cuidado e com outras redes; a excessiva padronização e normatização de um cuidado que deveria ser singular.

A categoria relativa aos problemas éticos nas relações interprofissionais aponta para uma dificuldade no trabalho em equipe e em estabelecer limites e responsabilidades; o exercício de poder entre os membros da equipe e junto aos usuários; as dificuldades relacionadas ao cumprimento do projeto terapêutico pelo usuário. Na relação com a gestão, foi identificada a falta de valorização profissional e do próprio Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

A maioria dos problemas éticos encontrados neste estudo decorreram, principalmente, da precarização advinda com a privatização dos serviços de saúde e pela predominância do modelo hegemônico médico neoliberal, tanto na formação dos profissionais como nas relações interprofissionais e na organização e gestão dos SAD. O sofrimento moral foi percebido pela expressão de sentimentos desagradáveis e indesejáveis, como frustração, impotência, tristeza, angústia, medo e culpa.

Ainda que cada experiência seja singular, própria da pessoa, ela pode ser reveladora, quando juntando a outros relatos forma um conjunto narrativo coletivo que se soma para compreensão sobre o processo coletivo de vivência de sofrimento moral no trabalho. No campo da Ética, a expressão dos sentimentos está associada aos valores morais, assim, sentimentos “negativos” indicam a existência de um dilema ou conflito moral (Forghieri, 1993; Bock, 2018).

Durante a pandemia da Covid-19, foram necessárias respostas de abrangência mundial para que todos fossem beneficiados, impulsionando uma ética global. Ainda assim, os profissionais de saúde vivenciaram desafios ao se exporem à alta transmissibilidade do vírus, à escassez de equipamentos de proteção individual, sobrecargas de trabalho e repercussões

na saúde mental (Barroso *et al.*, 2020). O estudo de Santos (2021) desenvolvido durante a Pandemia de Covid-19 no Brasil constatou que a Covid-19 ocasionou contextos de trabalho que intensificaram significativamente os fatores desencadeadores de sofrimento moral. A investigação teve como objetivo compreender como ocorreram as vivências do fenômeno em Centros de Atendimentos para Enfrentamento à Covid-19 que ficaram conhecidos como Centros de Triagem (CT). Os CT foram estruturados pela gestão municipal e do Distrito Federal para o acolhimento precoce de casos suspeitos de Covid-19, em caráter temporário (Brasil, 2020). A organização se estabeleceu, predominantemente, por meio da Atenção Primária à Saúde que desafiou os profissionais das Unidades Básicas de Saúde a assumirem uma das linhas de frente no combate à pandemia.

Os resultados deste estudo apontaram a existência de problemas éticos no cotidiano de trabalho relativos à organização dos processos de trabalho, às condições de trabalho e às relações entre gestores, trabalhadores e usuários, semelhante aos demais estudos apresentados, porém com algumas particularidades. O processo de vivência de sofrimento moral foi compreendido a partir das ameaças à integridade moral diante da restrição de realizar a decisão moral. As principais ameaças se relacionaram a situações de assédio moral e impedimento moral: o assédio moral por parte de chefias, colegas de trabalho e usuários, em partes motivadas pelas *Fake News*; o negacionismo científico e o impedimento moral em casos de prescrição de medicações, alocação de recursos e falhas no fluxo de atendimento. É fundamental evidenciar neste contexto o impacto da crise política, econômica e moral provocada pelo governo de Jair Bolsonaro, prejudicando diretamente a organização do sistema de saúde quando os profissionais mais precisaram de proteção, capacitação e condições de trabalho adequadas para salvar vidas, enquanto enfrentavam o próprio risco de adoecimento e morte (Santos, 2021).

No processo vivencial de sofrimento moral, a imposição de situações conflituosas persistentes no cotidiano de trabalho e a interação entre sua consciência e julgamento morais, originaram experiências e sentimentos

dolorosos e indesejáveis que corrompem sua integridade, afetam sua subjetividade e trazem implicações na saúde e no bem viver das trabalhadoras. Porém, as repercussões vão além da subjetividade e saúde do trabalhador, e se fazem sentir também no cuidado prestado (Baibich, 2023).

Muitas trabalhadoras usam estratégias coletivas ou individuais de enfrentamento ou de passividade, e todos estes modos expressam um direito de resistir e uma necessidade de lutar. A reclamação sobre o que causa o sofrimento no trabalho é uma das melhores estratégias de manifestação como forma de inconformismo e resistência diante de algo que se considera errado ou abusivo. A construção de estratégias de enfrentamento que envolvem ações coletivas aliadas à uma atitude ativa de luta pela preservação da sua saúde e pela melhoria da organização, gestão e relações de trabalho, indicam ser as estratégias mais bem-sucedidas (Baibich, 2023).

Considerações finais

Em nosso percurso pelas principais elaborações teóricas concernentes ao sofrimento moral, vimos tratar-se de um conceito em movimento, o qual fornece contribuições fundamentais para a compreensão do mundo do trabalho atualmente. Um conceito forjado a partir do núcleo da enfermagem, uma disciplina com contornos específicos, e que pode ser extrapolado ao campo da saúde coletiva em sua transdisciplinaridade e interprofissionalidade.

O estudo do sofrimento moral oportuniza considerar aspectos que têm sido tornados cada vez mais frequentes, de forma mais intensa, lugares comuns nas relações de trabalho, conforme avança a lógica neoliberal também no plano das políticas públicas. Não podemos prescindir de um olhar que complexifique essas relações, considerando o contexto em que elas acontecem, para elaborar planos de enfrentamento aos processos adoecedores que sejam capazes de produzir saúde no trabalho, tomando distância das perspectivas patologizantes e individualizantes.

Nesse sentido, algumas estratégias têm sido propostas a fim de interferir nas condições laborais a partir da identificação dos mecanismos que levam ao sofrimento moral no trabalho em saúde. Considerar a análise coletiva das relações de poder nos espaços de trabalho parece-nos um caminho importante na construção do processo de ativação da sensibilidade moral entre trabalhadoras e trabalhadores do SUS. Para isso, é indispensável a valorização de momentos de encontros intra e entre equipes para trocas de experiências e posicionamentos frente às situações enfrentadas entre as diferentes profissões que as compõem. Esses encontros podem acontecer por meio da organização de tempos e espaços de educação permanente em saúde junto aos trabalhadores, com a inclusão gradativa dos diferentes atores que participam do cotidiano dos serviços de saúde, e, nesse caso, a proposição de sessões de deliberação ética consistem em artifícios privilegiados para o desenvolvimento de habilidades éticas entre os participantes. Além disso, a instalação de movimentos em direção a uma cultura de práticas mais compartilhadas e de espaços colegiados de reflexão e gestão e a própria formação interprofissional expressariam um compromisso de buscar um terreno comum, obter respeito mútuo pelas atribuições uns dos outros e discutir maneiras significativas de comunicar e colaborar efetivamente sobre os problemas éticos que cada grupo identifica (Ulrich *et al*, 2010).

A produção acadêmica em torno do sofrimento moral se encontra num movimento crescente, e talvez os trabalhadores estejam se apropriando do conceito e das possibilidades de ação que ele carrega. Esperamos ter contribuído nesse movimento de vocalização e reconhecimento aos processos de sofrimento moral, com os aportes resultantes de nossas pesquisas recentes.

Referências

AMBRUOSI, A.; ZAMBORLIN GUEDES, A. **Il distress morale nella terapia intensiva: sviluppo del concetto e divergenze nella letteratura.** A Rodgers' evolutionary concept analysis. 2020. Thesis (Bachelor a in Cure

Infermieristiche) - Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Manno, 2020. Disponível em:
<https://tesi.supsi.ch/3422/1/Ambruosi%20Antonio%20%26%20Zamborlin%20Guedes%20Alessandro.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2023.

BAIBICH, M. E. S. **Vivência de Sofrimento Moral por Trabalhadoras em Equipe Multiprofissional em Atenção Domiciliar do SUS**. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

BARLEM, E. L. D.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoretical model of moral distress. **Nursing Ethics**, [S. l.], v. 22, n. 5, p. 608-615, 2015. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733014551595>. Acesso em: 21 jul. 2023.

BARROSO, B. I. L. *et al.* A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [S. l.], v. 28, p. 1093-1102, 2020.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

BRASIL. Portaria nº. 1.445, de 29 de maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mai. 2020.

CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 471-477, set. 2005. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pe/a/FmK5qrc9BB5ZksDdRKFK6pj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 jul 2023.

CECÍLIO, L. C. O trabalhador moral em saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v.11, n.22, p. 345-63, maio/ago. 2007.

FORGUIERI, Y. C. **Psicologia fenomenológica**: fundamentos, métodos e pesquisas. São Paulo: Pioneira; 1993.

FRANCO, T. B; **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2003. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/311611/1/Franco_TulioBatista_D.pdf. Acesso em: jun. 2023.

JAMETON, A. **Nursing practice**: The ethical issues. New Jersey: Prentice-Hall, 1984.

JUNGES, J. R. *et al.* Hermenêutica dos problemas éticos percebidos por profissionais da atenção primária. **Rev Bioét**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 97-105, 2012. Disponível em:

http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/649. Acesso em: 28 jun. 2018.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S. l.], v. 44, n. 4, p. 1107-1111, dez. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000400036>.

MORLEY, G.; BRADBURY-JONES, C.; IVES, J. What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. **Nursing Ethics**, [S. l.], v. 27, n. 5, p. 1297-1314, 2020. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0969733019874492>.

Acesso em: 23 jul. 2023.

OLIVEIRA, U. R. V. C. *et al.* Distresse moral de médicos relacionados à preocupação moral frente às diretivas antecipadas de vontade. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 14, pág. e575101422290-e575101422290, 2021. Disponível em:

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22290>. Acesso em: 21 jul 2023.

PELI, P.; TEIXEIRA, P. **Assédio moral**: uma responsabilidade corporativa. São Paulo: Ícone, 2006.

RAMOS, F. R. S. *et al.* Marco conceitual para o estudo do distresse moral em enfermeiros. **Texto & Contexto-Enfermagem**, [S. l.], v. 25, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/BQV84m5ZvGhCNwqphSdnstb/?lang=p>t. Acesso em: 20 jul. 2023.

SAFATLE, V. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. *In.*: SAFATLE, V; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (org.).

Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SAFATLE, V; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. (org.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

SANTOS, J. M. **Sofrimento moral de trabalhadores da saúde no cotidiano de trabalho de centros de triagem da covid-19 da microrregião de Blumenau-SC**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

SCHRAMM, J. M. A *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232004000400011>.

SIMAS, K.; SIMÕES, P.; GOMES, A. *et al.* (Bio)ética e Atenção Primária à Saúde: estudo preliminar nas clínicas da família no município do rio de janeiro, brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 5, p. 1481-1490, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00332015>.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A.; MOTTA, L. C. *et al.* (Bio)ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 24, n. 1, p. 113-128, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000100009>.

SOUZA, V. J. L.; LAUREANO, P. S. Patologias sociais e a gestão ideológica do mal-estar. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 214-229, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382020000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 jul. 2023.

TERCIOTI, A. C. G. **Assédio moral no trabalho**: danos causados ao trabalhador e medidas preventivas. São Paulo: LTr, 2013.

THOFEHRN, M. B; *et al.* Assédio Moral no Trabalho da Enfermagem. **Cogitare Enferm**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 597-601, 2008. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/13122>. Acesso em: 30 jul. 2020.

ULRICH, C. M.; *et al.* Moral Distress: A Growing Problem in the Health Professions? **The Hastings Center Report**, v. 40, n. 1, p. 20-22, 2010

Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/40407684>. Acesso em: 28 jul. 2023.

ULRICH, C. M.; GRADY, C. (ed.). **Moral distress in the health professions**. [S. l.]: Springer, 2018.

ZOBOLI, E. L. C. P.; FORTES, P. A. C. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do programa saúde da família, são paulo, brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 20, n. 6, p. 1690-1699, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2004000600028>.

Violência psiquiátrica estrutural

Walter Ferreira de Oliveira
Sabrina Melo Del Sarto

As instituições e a desinstitucionalização

Entre espinhosas reflexões em tempos de turbulências, este texto-experimento nasce a partir de uma necessidade, inegável, de fazer emergir questões que têm atravessado um tema complexo na área da saúde mental, a saber: a institucionalização e, particularmente, a estrutural violência institucional. De início, vale lembrar uma frase do psiquiatra britânico Ronald Laing (1990), quando escreveu que destruímos a nós mesmos pela violência disfarçada de amor¹. Este é o fio condutor que será percorrido a seguir, pois nas discussões sobre o fenômeno da institucionalização presente nas cenas psiquiátricas, muitas vezes, procedimentos que se caracterizam como atos de violência são justificados como sendo expressões de cuidado, proteção e prevenção.

Estas ações de violências institucionais têm sido perpetuadas através do tempo em nível global, atravessando as diferentes gerações e, em muitos casos, estão acomodadas em ilusões criadas e reificadas pela dominante lógica manicomial. Entre as muitas e variadas tentativas de se pensar sobre o fenômeno da institucionalização, bem como nas justificativas utilizadas para sua sustentação e, ainda, nos limites criados no direcionamento da inviabilização do seu oposto, o ato de desinstitucionalizar, encontramos sistemas, programas, serviços e corpos profissionais adoecidos e (quase) engolidos pela supostamente invencível dinâmica dessa lógica.

Podemos então, parar um pouco para compreender o que entendemos, nessas abordagens, como instituições, além de refletir sobre como o contexto desses espaços permite pensar em uma estrutura caracterizada

¹ Frase original: “We are effectively destroying ourselves by violence masquerading as love.”.

por situações de violência. Na visão do psiquiatra italiano Franco Basaglia (1991, p. 100) as instituições são, principalmente, espaços “[...] que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho”. Ao analisar as instituições psiquiátricas, o autor afirma que estes espaços se caracterizam por “uma nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm.” Ainda sobre as instituições psiquiátricas, ele aponta que nelas “a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro.” Finalmente, ressalta que “A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade.” Nesta visão, seria impossível pensar sobre o fenômeno da institucionalização sem, simultaneamente, observar as complexas e incrustadas ramificações das situações de violência que nele estão contidas.

Abrindo um outro parêntese, o polissêmico conceito de violência, tal como definido pelo antropólogo Roberto Cardoso de Oliveira (2008), é abordado aqui, sobretudo, como insulto moral e físico, refletindo comportamentos influenciados por práticas institucionais específicas. Desta forma, desenham-se as violências a partir de estruturas institucionais, daí assumirmos a ideia das diversas formas de violência enquanto elementos estruturais. No caso da instituição psiquiátrica pode-se, por contingência, pensar na existência, no seio da sociedade, de uma Violência Psiquiátrica Estrutural.

Cabe, a esta altura, pontuar que instituições são sistemas com características variadas, não podendo se resumir à clássica definição de “instituição total” do sociólogo norte-americano Erving Goffman (1974, p. 11) - como um lugar fechado e limitado por muros onde os indivíduos vivem uma vida formalmente administrada, mas também como “[...] práticas e arranjos sociais razoavelmente estáveis por meio dos quais são realizadas ações coletivas” (Knowles; Prewitt, 1969, p. 5). De forma mais ampla, nossa referência à institucionalização extrapola os espaços físicos e constitui, como veremos adiante, um fenômeno sistêmico, incluindo não apenas elementos concretos, como espaços físicos delimitados, mas também estruturas conceituais, como um arcabouço teórico que lhe garante uma

legitimação social, além de conjuntos de ações que lhe confere uma dinâmica *prática* e uma circulação mental, onde se encadeiam representações sociais diversas. Estas e outras características encontram-se inter-relacionadas de forma a constituir um complexo estrutural.

Percebemos, assim, a real possibilidade das instituições e, particularmente, da instituição psiquiátrica, de serem carregadas de expressões e de atos de violência. Retomando Basaglia (1991), a aplicação dessa violência depende, principalmente, da necessidade dos detentores de poder de ocultá-la ou disfarçá-la: “A violência e a exclusão estão justificadas por serem necessárias [...] como consequência da finalidade educativa [...] da “culpa” e da “doença”. Para ele, essas instituições podem então ser classificadas como “instituições de violência” (Basaglia, 1991, p. 101). Neste sentido, seria buscada uma mistificação da violência através de diversas técnicas, “fazendo com que o objeto da violência se adote à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso, reagir a ela, tornando-se, por sua vez, violento”. Cumprir-se-ia, portanto, uma função institucional essencial, de ampliar as “fronteiras da exclusão”, descobrindo “tecnicamente” novas formas de infração (Basaglia, 1991, p. 102).

Michel Foucault (2006) contribui para essa discussão ao redefinir os espaços tradicionais da instituição psiquiátrica, principalmente os asilos, como instâncias de poder dissimétrico e, principalmente, não geograficamente limitados. Para ele, o espaço institucional é um campo polarizado também por uma assimetria de poder que se faz possível na sua inscrição física, principalmente através do corpo do médico. Nestes espaços, das instituições psiquiátricas, o objetivo principal - justificado como “terapêutico” - seria adaptar os sujeitos que ali vivem à aceitação velada do papel que lhes é atribuído, de “objetos de violência”, fazendo-os crer, principalmente, que a única realidade que lhes cabe é justamente ser este objeto (Basaglia, 1991, p. 102).

A posição do médico francês Philippe Pinel é também ilustrativa, ao afirmar que a operação terapêutica, que leva à transformação de alguém considerado “doente”, só pode ocorrer dentro de uma estrutura de poder

regulamentar. Portanto, a condição da relação com o objeto e a objetividade do conhecimento médico, assim como a operação terapêutica, está intrinsecamente ligada a uma ordem disciplinar (Foucault, 2006, p. 5). O psiquiatra italiano - Franco Rotelli (2001) tece ainda uma outra abordagem interessante para trabalhar este tema. Ele retoma a analogia do revolucionário artista polonês Tadeusz Kantor para refletir sobre as instituições, pensando-as como “embalagens”, como se estivesse no cerne do ato de institucionalizar o objetivo de esconder o “objeto” para preservar-lhe um futuro. Nas suas palavras, o espaço físico institucional “Existe para ser destinado ao refugio. É lá, suspenso entre a imundície e a eternidade: é o lugar dos refugos e o último degrau da realidade e da eternidade que é o último limiar da nossa vida” (1986, *apud* Rotelli, 2001, p. 5).

Assim, a principal justificativa para a manutenção desses espaços estruturais de violência seria justamente o ideal de proteção dos sujeitos institucionalizados. Em outras palavras, os ambientes institucionais,

Entram com toda força no território das engenharias sociais como motores de sociabilidade e produtores de sentido e estão em todas as dimensões interferindo com a vida cotidiana, as cotidianas opressões, momentos da reprodução social possível, produtores de riqueza, de trocas plurais e por isso terapêuticos. (Rotelli, 2001, p. 5)

E são exatamente essas engenharias sociais que atuam na produção dos sentidos, agindo na manutenção dessas formas de serviços e dessa ordem perpetuada e penetrada nos corpos daqueles que as vivem. Por isso, é importante a contextualização destes espaços e, embora seja reconhecida sua projeção global, devemos entender que as particularidades de cada um deles os tornam complexos sistemas de produção e reprodução de conhecimento, de resignificação de possibilidades de ser e estar no mundo e de perpetuação de assimetrias de poder. As formas de violência institucional podem ser pensadas, portanto, como uma experiência principalmente relacional, atravessada por aspectos estruturais - políticos, econômicos, sociais e culturais.

Para tanto, Rotelli (2001) ressalta que quando colocamos em questão a instituição psiquiátrica, não estamos nos referindo ao manicômio em si, mas à loucura. Para ele, não é possível dividir os períodos em manicomiais e não-manicomiais, ou atuais, pois a própria essência da questão psiquiátrica nunca mudou. Nas suas palavras: “O mal obscuro da Psiquiatria está em haver constituído instituições sobre a separação de um objeto fictício - a doença - da existência global, complexa e concreta do paciente e do corpo da sociedade. (Rotelli, 2001, p. 1). E isso, independente das manutenções e reformas dos sistemas e serviços, não foi ainda superado.

É exatamente este o ponto que obsta a desinstitucionalização - que não seria tão somente o ato de retirar pessoas internadas dos hospitais (desospitalizar), como também não é algo que ocorre somente no interior de instituições fechadas, mas, como define Oliveira (2009, p. 274):

Desinstitucionalizar é alterar esses padrões e buscar novas maneiras de ser, reinventar novas formas de viver e, no âmbito do cuidado com a saúde mental, criar abordagens, praticar novos olhares, inventar a mudança para influir de forma positiva na determinação social do processo saúde-doença.

A desinstitucionalização, assim definida, passou por diferentes abordagens em distintos contextos. No Brasil, foi atravessada principalmente pela retirada de algumas pessoas da condição de moradores de hospitais psiquiátricos (desospitalização), pela criação de serviços substitutivos e das redes de atenção e apoio psicossocial (RAPS), pela valorização do trabalho com enfoque territorial, entre outros. Entretanto, mesmo com o esforço envidado em contextos de reformas, com fortes lutas e tentativas de garantia de participação social, ainda resistem, de forma robusta, os resquícios manicomiais que têm, nos últimos anos, principalmente a partir de 2016, se fortificado de forma exponencial. Se antes as antigas instituições eram superadas pelas incongruências culturais e epistemológicas (Rotelli, 2001), as “novas” formas de institucionalização podem cair, e estão caindo, na mesma armadilha: tornando-se incongruentes e seguindo o fluxo do contexto retrógrado em que estão inseridas.

A Psiquiatria como estrutura social

Somos, então, levados ao conceito de Violência Psiquiátrica Estrutural, com base na análise das instituições, acima conduzida, e na ideia de *estrutura*, mirando - contingencialmente - uma estrutura dos sistemas manicomiais. Como dito anteriormente, aqui a discussão ultrapassa as características locais e singulares dos espaços hospitalares psiquiátricos, expandindo-se para uma macroestrutura que reverbera um fenômeno já bem discutido, a *violência manicomial*.

Conforme demonstra Foucault (1999), o modelo psiquiátrico vigente, desde o Renascimento, tem o isolamento, ou seja, a exclusão social, como característica essencial. Neste modelo, supõe-se que o indivíduo considerado como “louco” deve ser retirado, temporariamente ou permanentemente, dos diferentes espaços de convivência - da cidade, do trabalho, do lazer, da família e da vida social em geral - restringindo-se, a partir do diagnóstico, aos espaços de circulação referentes ao que é entendido como contributivo ao tratamento da sua doença. Os espaços institucionais estabelecidos para concretizar esta lógica de exclusão tornam-se, portanto, eletivos para estes tratamentos, firmando-se como instituições preferenciais, com apoio na justificativa da proteção do indivíduo “louco” e da sociedade. Estes princípios propiciaram o avanço da institucionalização como método, oferecendo a esperança da melhora do indivíduo, por um lado e, por outro, o alívio da desordem social:

O isolamento, como princípio teórico e ato institucional, propicia um método, semelhante ao estado *in vitro*, afasta as influências maléficas e a contaminação. Esse método faz “ver” diferente a figura do louco (produz uma nova visibilidade sobre a loucura, que passa a ser vista como alienação mental), e produz formas de compreensão da loucura condizentes com a crença no tratamento como regramento da desordem, por meio da disciplina, e como um retorno à razão [...] uma espécie de ortopedia da alma a partir do modelo da instituição correccional. (Amarante; Torre, 2018, p. 1093)

Em outras palavras, nesta metodologia se apoia o complexo fenômeno da institucionalização da loucura que busca, no âmbito social, o “regramento da desordem” e, no âmbito individual, um “retorno à razão”. Este processo de institucionalização inclui a dessubjetivação, a des-historização e a ruptura com as redes de relações sociais, desfigurando as subjetividades e as possibilidades expressivas e sensíveis desses indivíduos (Amarante; Torre, 2018, p. 1094). Nesta toada, consideramos estas e outras consequentes ações como expressões, mesmo que não intencionais, de violência institucional. Ironicamente, esta violência é praticada exatamente em lugares criados como espaços de cuidado e tratamento para as pessoas acometidas de sofrimentos psíquicos.

A partir destas reflexões, passa a nos parece correta a utilização, para análise da instituição psiquiátrica em seu sentido mais amplo, do conceito de *estrutura*, visto como revelador de um padrão de ação recorrente e, em muitos aspectos, invisível. Estrutura social é conceituada por Giddens (2005) como um modo sistêmico de comunicação em que elementos cognitivos são afirmados a partir de interpretações compartilhadas por grupos sociais significativos, dado seu número ou seu poder político, em modo e tempo comuns. Processa-se, desta forma, a legitimação dos discursos e atos assim gerados. Desta maneira, legitimaram-se, por exemplo, a escravidão de pessoas africanas nas sociedades ocidentais e a perseguição de judeus, por grupos religiosos e em regimes políticos diversos, nas sociedades antigas e modernas.

O entrelaçamento de estruturas, cujos discursos e valores básicos podem ser convergentes ou divergentes, dão suporte ao funcionamento do tecido social. Esses entrelaçamentos se traduzem em interações de cumplicidade, reciprocidade, alianças, antagonismos e conflitos que, nas democracias contemporâneas, buscam se solucionar com base em negociações macropolíticas ou, no nível microsocial, nas relações interpessoais ou intra e intergrupais. As estruturas, portanto, organizam e reorganizam, dinamicamente, prescrições, regras, procedimentos, normas e padrões continuamente emergentes destas interações e entre os diferentes

agentes sociais os quais, por sua vez, constituem e são constituídos e são legitimados ou deslegitimados no âmbito das formações estruturais.

As instituições (“espaços que repousam sobre uma nítida divisão de funções, através da divisão do trabalho”, conforme a seção anterior) são, neste sentido, os pilares das estruturas macrossociais. E se firmam, em geral, através de dispositivos que marcam e legitimam suas próprias formas de atuação social. Assim, as estruturas sociais apoiam-se em dispositivos de reprodução social que atuam em diferentes níveis, concretizados nas práticas institucionais. A institucionalização, nesta visão, é um esteio estrutural, um elemento de sustentação das estruturas a que se vincula e, ao mesmo tempo, uma consequência do sistema estrutural vigente.

Além do mais, são múltiplas as instituições sociais vinculadas às superestruturas, como a Família, a Religião, a Ciência, o regime político, o sistema judiciário e ações profissionalizantes de grande impacto, como é o caso da Educação, do Direito e da Medicina. A Psiquiatria, neste contexto, não deve ser reduzida a uma especialidade médica, mas considerada como uma forma estrutural, por suas características singulares, sobretudo no que concerne a suas vinculações com o estudo e as intervenções sobre dimensões particulares e expressivas da vida. Seu escopo é de uma ação institucional ampla e complexa, constituída por diferentes saberes, múltiplos agentes sociais, diversas organizações e várias profissões.

A estrutura da Psiquiatria fundamenta-se em um *corpus* normativo institucionalizante que defende valores e determina princípios e diretrizes que regulam sua atuação, orientam os comportamentos de seus componentes estruturais, bem como dos indivíduos que neles se inserem, legitimando seus paradigmas e modelos teóricos e funcionais. É, portanto, um sistema extremamente complexo que engloba e atinge muito mais que médicos psiquiatras e seus pacientes, que estabelecimentos hospitalares e outros serviços de atenção psiquiátrica. É uma estrutura envolvida em múltiplas funções sociais e impregnada no ambiente cultural.

Aceitando a ideia da Psiquiatria como instituição e, ao mesmo tempo, como elemento estrutural social, cabe perguntar, então: Qual a na-

tureza de sua forma estrutural? Quais são suas características institucionais? Quais seus principais dispositivos? Como se relaciona com outras instituições e estruturas sociais? Quais as consequências de suas formas de atuação para o desenvolvimento da macroestrutura social e cultural como um todo? Quais as consequências de suas prescrições comportamentais para os sujeitos mais afetados por estas prescrições? Perguntas que têm sido, de alguma forma, exploradas na literatura, mas que necessitam sempre serem revisitadas à medida que se configuram novas formas de relação e se apresentam novos indicadores dos equilíbrios de poder.

Mas estas e outras perguntas relacionadas são de tal complexidade que não podemos, evidentemente, nos atrever a tentar respondê-las de forma definitiva e, nem mesmo, de uma forma que se possa dizer satisfatória, através deste modesto texto. Elas podem, portanto, servir para reflexões que possibilitem maior aprofundamento por parte de outros autores. Não fugiremos, entretanto, do desafio de nos aventurarmos, ainda que de forma bastante tímida, em algumas destas questões a seguir.

A violência psiquiátrica como forma estrutural

Se olharmos para o histórico da saúde mental no Brasil, veremos repetidas denúncias de atendimentos desumanizados, preconceitos, violações de direitos e outras situações degradantes sofridas por indivíduos atendidos em serviços destinados ao cuidado psíquico. Por outro lado, vislumbramos consecutivos movimentos de reforma dos modelos de atenção, recomposição dos espaços e tentativas de correção destas práticas inadequadas e das assimetrias de poder. Entretanto, esses movimentos, que são percebidos como avanços no contexto de um processo civilizatório, continuam sofrendo com os constantes retrocessos. No Brasil, estes retrocessos se materializam no recorrente enfraquecimento da, a duras penas conquistada, Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Uma estratégia poderosa para instauração dos retrocessos é a perpetuação da escassez dos recursos necessários para o funcionamento em rede. Esta e outras estratégias de promoção dos retrocessos são atos de

violência, pois são executados de forma truculenta, como na promulgação de peças normativas sem respeito aos preceitos democráticos. Exemplo destes atos é o lançamento de uma série de decretos, portarias e notas técnicas que constituíram a chamada “nova política de saúde mental” enunciada pelo Ministério da Saúde em 2017. Estes atos de violência institucional perpetrados no âmbito do Estado favorecem, em efeito cascata, uma série de outros episódios de violência. Desse modo, a “nova política de saúde mental” propicia o desfinanciamento da RAPS, uma nova tendência ao aumento de internações psiquiátricas e a promulgação de leis federais e estaduais incentivando internações involuntárias e compulsórias, em alguns casos violando ou manipulando, através das chamadas “chicanas” judiciais, Leis federais e a Constituição Federal (Brasil, 2019; Chapecó, 2022).

Também de forma estrutural se vê a evolução das Comunidades Terapêuticas (CT) como dispositivos que sustentam a lógica da exclusão. Em um relatório realizado em 2017, em um número significativo de CT, foram encontradas violações de direitos humanos, torturas e abusos de diversas naturezas e concluiu-se que estes estabelecimentos não se qualificam, pelos preceitos vigentes, como de saúde (CFP, 2018). Apesar disso, as CT passaram a receber vultosos recursos financeiros, superiores a todos os outros dispositivos da RAPS, e em detrimento desta. Esta reorganização estrutural foi conseguida principalmente pela ação de políticos influentes e através de complexas estratégias governamentais: as ações sobre Álcool e outras Drogas (AD) deixaram de fazer parte da estrutura institucional do Ministério da Saúde (MS) e migraram para o Ministério da Cidadania (MC), onde foram colocadas sob o poder de profissionais vinculados à Associação Brasileira de Psiquiatria, entidade ideologicamente posicionada contra a Reforma Psiquiátrica e contra os avanços da Luta Antimanicomial. A partir daí diversas ações em prol das internações compulsórias e involuntárias dos classificados como dependentes químicos foram impulsionadas, inclusive a potencialização das CT como elemento preferencial para estas internações.

A forma de transição dos problemas da AD do MS para o MC pode ser considerada também um ato de violência. Houve o desrespeito flagrante aos preceitos democráticos estabelecidos na Constituição Brasileira e na Lei 8.080/1990 para o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Ignoraram-se completamente os preceitos sobre gestão compartilhada, que deveria fundamentar decisões de cunho estratégico, e sobre o controle social, que busca garantir que os cidadãos possam participar de decisões que os afetam. Esta é mais uma expressão da violência praticada de forma institucional, no âmbito da Psiquiatria, configurada na estrutura do Estado, com ações planejadas, estruturalmente delineadas, e perpetrada com atuação direta ou apoio de diversos atores de diferentes níveis socioeconômicos.

Assim, quando falamos da Violência Psiquiátrica Estrutural, não estamos nos referindo apenas às situações interpessoais que costumam ocorrer no cotidiano dos serviços. Há, também, múltiplos atos encadeados que podem ocorrer no âmbito das estruturas de Estado ou na própria forma de organização sistemática das intervenções que se espalham pelos diversos espaços do cuidado e da atenção. Estes atos, de diversas naturezas e em diversos níveis, acabam por determinar, de forma hierárquica e excludente, os olhares, os entendimentos, os lugares sociais e os espaços possíveis para aqueles que são objeto da atenção e do cuidado.

Considerações finais

A violência psiquiátrica é, conforme buscamos demonstrar, estrutural. No percurso de aproximar o conceito de estrutura à instituição psiquiátrica, percebemos que a mesma está relacionada aos aspectos sistêmicos presentes nas práticas dos serviços de saúde, que podem resultar - e resultam - em violações dos direitos humanos e sociais, na perpetração de atos truculentos do Estado sobre a Cidadania, na reprodução de tratamentos inadequados ou mesmo agressivos aos indivíduos em sofrimento psíquico e na tentativa de produção social de uma ordem subserviente a co-

letivos dominantes e de subjetividades submissas. Esta violência se enraíza nas estruturas institucionais que moldam a prestação de serviços de saúde mental pautada pela inegável medicalização excessiva, com foco nos aspectos biológicos como determinantes de doenças mentais e uma negligência das abordagens psicossociais.

A bandeira da internação como principal elemento terapêutico fomenta a demanda das hospitalizações prolongadas, das pressões sobre o sistema judiciário por internações compulsórias, do logro das leis para permissão de programas de cunho puramente higienista e do financiamento de dispositivos asilares em detrimento da Rede de Atenção Psicossocial. No nível microssocial, a violência se traduz na estigmatização dos usuários e na expansão da ação psiquiátrica sobre a vida cotidiana, com a criação contínua de novos diagnósticos, que justificam o aumento dos motivos para intervenção, além da exclusão de antigos e novos usuários do sistema de diversos espaços da vida social, como o mercado de trabalho, e das decisões sobre suas próprias vidas e sobre os tratamentos a que se veem submetidos. Ademais, é flagrante a falta de informação adequada, tanto entre usuários, familiares, profissionais de saúde, da educação, da segurança, do poder judiciário e de outros setores, como na população em geral, além do pouco ou nenhum aproveitamento da perspectiva e da experiência dos sujeitos atingidos pelos transtornos, o que facilita a perpetuação da exclusão social e econômica destes sujeitos.

Deste modo, a violência psiquiátrica, como estrutura, foge dos limites da relação profissional-usuário e reverbera nas relações cotidianas entre indivíduos e grupos, moldando as possibilidades de existência no mundo. A estigmatização, típica do *modus operandi* em saúde mental, é um dos pilares de manutenção dessas estruturas de violência uma vez que, através dela, o indivíduo em sofrimento psíquico é desprovido de possibilidades diversas – de credibilidade, de exercício da afetividade e de escolha, entre outras – a partir de uma desconsideração constante, de suas subjetividades, saberes e experiências. Sua própria humanidade é questionada, o que permite sua sujeição aos tratamentos oferecidos nesses espaços estruturalmente violentos. Além disso, as relações hierárquicas que

estão inseridos, com a baixa posição que passam a ocupar em todos os âmbitos da sociedade, além da falta de recursos direcionados para seu bem-estar, tornam a possibilidade de negociar seus cuidados uma tarefa praticamente presente na iminência do impossível.

Neste sentido, percebemos que o entrelace entre o conglomerado das estruturas de poder excludentes e hierárquicas com os espaços de controle, cuidado e tratamento psiquiátrico foi fundamental para que a Violência Psiquiátrica Estrutural se consolidasse e continuasse a perdurar por muitas gerações. Se pensarmos que este imaginário de inferioridade vem sendo construído há alguns séculos, e é constantemente legitimado pelas instâncias de poder, podemos começar a nos aproximar da necessidade, inegável, de questionar estes ideais sobre incapacidade, periculosidade e incurabilidade que fomentam a estigmatização desses sujeitos, principalmente se quisermos pensar em possibilidades de desinstitucionalização.

Por fim, notamos que a lógica da desumanização, estigmatização e dessubjetivação da estrutura manicomial reverbera em múltiplos contextos, para além da loucura e dos transtornos mentais graves, moldando as relações que se estabelecem *com* e *entre* muitos indivíduos e grupos sociais. Afortunadamente, ao mesmo tempo em que temos na sociedade o papel rígido e determinante das estruturas de opressão, testemunhamos também ações institucionais e individuais que questionam e que combatem manifestações inaceitáveis advindas da incorporação destas lógicas perversas. Do resultado destas transações, destes questionamentos e destes embates pode depender o futuro de nossa existência social.

Referências

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. De volta à cidade, sr. cidadão!: reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, [S. l.], v. 52, p. 1090-1107, 2018.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloísa Jahn. Coordenado por Franco Basaglia. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei 13.840 de 5 de junho de 2019**. Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, outras leis e decretos. Brasília, 2019. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm#:~:text=Art.,drogas%20e%20d%C3%A1%20o%20provid%C3%A1ncias. Acesso 19 jul. 2023.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. **Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**: 2017. Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal. Brasília: CFP, 2018. Disponível em https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em 19 jul. 2023.

CHAPECÓ. **Chapecó lança operação internamento involuntário**. Publicado em 21 ago. 2022. Disponível em <https://www.chapeco.sc.gov.br/noticia/5090/chapeco-lanca-operacao-internamento-involuntario> Acesso 19 jul. 2023.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, M. **O Poder psiquiátrico**. Curso dado no Collège de France (1973-1974). Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GIDDENS, A. **A Constituição da Sociedade**: Bases para a teoria da estruturação. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1974.

KNOWLES, L.; PREWITT K. **Institutional racism in America**. New York: Prentice Hall. 1969.

LAING, R. D. **The politics of experience and the bird of paradise**. Londres: Penguin, 1990.

OLIVEIRA, L. R. C. Existe violência sem agressão moral? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 23, n. 67, p. 135-146, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69092008000200010>.

OLIVEIRA, W. F. Éticas em conflito: reforma psiquiátrica e lógica manicomial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 42-56, 2011. 10.5007/cbsm.v1i2.68473.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In.: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17-59.

Uma discussão teórica sobre população em situação de rua e violência

Joice Pacheco
Douglas Francisco Kovaleski

Este trabalho é parte de uma dissertação de mestrado em Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Catarina. O texto traz uma fundamentação teórica sobre o tema dos Moradores de Rua, no contexto da Rede de Atenção Psicossocial e do Consultório na Rua, e sua relação com a violência sobre essa população vulnerabilizada.

Para alguns autores como Snow & Anderson (1998) e Castel (2010), a população em situação de rua constitui um grupo populacional vulnerável e estigmatizado. A existência de pessoas em situação de rua tem início na transição da sociedade feudal para a sociedade capitalista. Estes autores consideram como os principais motivadores da ida das pessoas às ruas as questões ligadas à subsistência, transtornos mentais e inadaptação à nova sociedade.

Segundo Castel (2010), os governos sempre utilizaram resoluções baseadas na violência, opressão e criminalização do comportamento como meio de solucionar o problema. Ao contrário do sistema feudal, o novo sistema apresentava uma possibilidade de mobilidade social. Para as pessoas que vivenciavam a transição, esta mobilidade trouxe insegurança e necessidade de individualização da vida, ou seja, uma forma coercitiva, penalizando a vítima de um problema social. Estas ações podiam ser confirmadas através das punições atribuídas às pessoas que começaram a ocupar as ruas no processo que se deu entre o fim do sistema feudal e início do sistema capitalista.

Durante o século XII e XIII, na Europa, diversos países criaram leis que penalizavam estas pessoas, principalmente se elas possuísem condições físicas para o trabalho, o que nos faz refletir se estas leis ainda se refletem nas condutas atuais dos sistemas jurídicos e, consequentemente,

dos julgamentos sociais brasileiros. No Brasil, a população em situação de rua teve seu crescimento após a abolição da escravidão dos negros. Trazidos durante o período de tráfico negreiro de países africanos, os escravos eram considerados humanos inferiores. Após a abolição formal da escravidão, muitos foram abandonados nas cidades brasileiras sem quaisquer condições de estruturar uma vida. Sem alternativas, muitos destes escravos libertos passam a ocupar as ruas. A solução para o problema criado pela abolição passa a ser a mesma encontrada na Europa do século XII e XIII. A criminalização do comportamento intitulado “vadiagem”.

O 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua (Brasil, 2009) indicou que 64% da população em situação de rua brasileira é constituída de pessoas pretas ou pardas. Na cidade de Joinville, os usuários cadastrados pela equipe do Consultório na Rua indicam um número de 2,5 vezes maior de população de pretos e pardos em situação de rua que os domiciliados. Fato que pode corroborar a teoria de Escorel (1999), para quem esta é uma população de pessoas excluídas não só do sistema econômico, mas uma exclusão que os impossibilita para o exercício pleno de suas potencialidades humanas.

Para Rosa (2005) e Escorel (2009), os principais motivadores da ida de uma pessoa para a situação de rua incluem problemas e conflitos familiares, associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas e transtornos mentais. Rosa (2005) verificou que os eixos trabalho, família e violência se entrecruzam na condição de rua. Snow e Anderson (1998) identificam quatro fatores principais: problemas econômicos, deslocamento geográfico, problemas de saúde (transtornos mentais) e azar. A patologização dos comportamentos – ou seja, daquilo que está na superfície do problema, o comportamento apresentado e a forma como o indivíduo se relaciona com a sociedade – faz com que a solução seja a medicalização, internação ou na criminalização destes comportamentos, que muitas vezes se traduz em violência de Estado. Para solucionar aquilo que está aparente, não se pondera os elementos que constituem o fenômeno e, em resultado, a solução é simplista e, nestes casos, opta-se por encarceramento do “louco” ou não produtivo para esta sociedade.

No Brasil, através dos movimentos sociais de trabalhadores e usuários dos serviços de Saúde Mental, as soluções para problemas de saúde mental vêm avançando gradativamente. Tanto em relação ao cuidado, como na separação do que é patológico e do que é resultado da exclusão social e, muitas vezes, violência. Este movimento pode ser marcado pela aprovação da Lei n.10.216, de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, que dispôs acerca da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. Após a promulgação desta lei, foi possível regular, através de uma política pública nacional, os serviços de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Nos últimos anos, outras portarias e regulamentações foram promulgadas. Entre as quais, a Portaria n. 3.088, de 2011, que trouxe em seu escopo a construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulando a construção de uma rede de serviços para os atendimentos de atenção psicossocial em suas diversas complexidades.

O Consultório na Rua compõe os serviços elencados como constituintes da RAPS. Este serviço, além de integrar a RAPS, também se apresenta como componente da Rede de Atenção à Saúde, através da Política Nacional de Atenção Básica (2011). Importante dizer que o Consultório na Rua é resultado de duas experiências anteriores. O Consultório de Rua, de Salvador, com seu mentor, o psiquiatra Antônio Nery, e as equipes de Saúde da Família para pessoas sem domicílio do Rio de Janeiro e Porto Alegre. Estas duas experiências resultaram em um serviço de saúde para atender à população em situação de rua, que tem por base a integralidade da atenção em saúde. No ano de 2010, o Governo Federal, por meio da Coordenadoria de Saúde Mental, propôs a implantação de projetos pilotos de Consultório de Rua, com modelo do projeto de Salvador-BA. Estes serviços tinham como objetivo possibilitar atendimento à saúde da população em situação de rua que fazia uso de álcool e outras drogas. Após a implantação destes projetos, com a articulação do movimento de pessoas em situação de rua e a compreensão da Coordenação de Saúde Mental, este projeto foi realocado como um serviço da Atenção Primária em Saúde. Com esta mudança, o serviço avança no atendimento e tem como

objetivo não mais as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, mas a saúde integral da população em situação de rua.

O Serviço Consultório na Rua é um dispositivo novo na Rede de Atenção Psicossocial e na Rede de Atenção à Saúde e apresenta um público específico. Essa população em situação de rua, de modo geral, não acessa o Sistema Único de Saúde de forma a promover qualidade em saúde ou dificilmente procura os serviços de saúde antes que os agravos de saúde sejam incapacitantes para suas atividades diárias. Fato este que desafia os profissionais e o próprio sistema. O Sistema Único de Saúde, no Brasil, apresenta caráter universal e, como tal, deve ofertar atendimento a toda população que ocupa o território nacional, sendo ou não brasileiro. Afinal, não se adoce sozinho e as doenças apresentam características da determinação social em saúde.

Na sequência, será tratado da fundamentação teórica a respeito da constituição do sujeito em situação de rua, no mundo e no Brasil. Também apresenta alguns autores que pesquisaram os motivadores de ida para rua, sendo os principais Escorel (1999), Rosa (2005) e Snow e Anderson (1998). Escorel (1999) atribui ao papel da exclusão o motivador de ida para rua, analisando em sua pesquisa que a base é a fragilização familiar que se associa a demais exclusões. Para Rosa (2005), os eixos de trabalho e família se entrecruzam como motivadores e Snow e Anderson (1998) atribuem a fatores macrossociais e microssociais. Sendo que os primeiros se relacionam mais a conjunturas econômicas e os microssociais dizem respeito a questões relacionadas com o sujeito.

As cidades pré-industriais europeias, segundo Snow e Anderson (1998), possuíam muitas pessoas em situação de rua e sem vínculos afetivos, consideradas populações flutuantes. Não há registros de como eles sobreviviam, no entanto, alguns indícios apontam que as principais fontes de renda eram a mendicância combinada com furtos e prostituição. Duas filosofias sustentavam e amenizavam as dificuldades desta população. A primeira diz respeito à tradição de ofertar hospitalidade aos necessitados e, a segunda, a tendência de idealizar os mendigos, com base no credo de São Francisco.

Entretanto, estas características da sociedade mudam radicalmente no século XIV devido a outros fatores, principalmente a mudança dos valores religiosos, que deixam de valorizar a pobreza. Tal mudança dá-se em sintonia com a falência dos ideais franciscanos, em decorrência do acúmulo de bens da Ordem, deixando clara a divergência entre suas ações e a filosofia. O outro motivador da mudança são as novas ideias da Renascença, que valorizam a atividade e o sucesso pessoal. Castel (2010), ao descrever o fenômeno de ida para a rua na sociedade contemporânea, situa-o antes, no início das cidades, ou seja, no final da sociedade feudal e início do sistema capitalista. Estas cidades começam a tomar “corpo”, sendo um dos motivadores a migração do campo para cidade, ou o que Castel (2010) chama de “mobilidade incontrollável”. A fuga gradativa de pessoas do campo para a cidade era motivada pela extrema pobreza em busca de melhores ganhos e fugindo da servidão, algo muito semelhante ao ocorrido nas décadas de 70 a 80 na cidade de Joinville. Segundo Ilanil Coelho (2011), na década de 80, a cidade de Joinville foi destaque nacional em função da vinda e estabelecimento de migrantes de várias regiões do país em virtude do desenvolvimento industrial.

Retomando a história do processo de capitalização europeu, cabe ressaltar o comportamento das pessoas. No processo, observou-se uma população que, não se enquadrando ao novo sistema dos campos e, ao vivenciar a liberdade, migrou para as cidades, sem que, contudo, apresentasse condições para ser incorporada pelo novo sistema. O antigo sistema possuía estruturas rígidas, com pouca ou nenhuma mobilidade social. O novo sistema supunha uma maior mobilidade e, conseqüentemente, possibilitava a migração. Porém, esta migração era de uma massa de trabalhadores pouco qualificados. Castel (2010) denomina-os como desfiliaados, ou seja, um contingente grande de trabalhadores sem qualificação e que acabavam por ocupar as ruas de diversas formas. O autor identifica dois grupos atendidos pela assistência social no século XII e XIII: os pobres envergoados e os mendigos válidos.

No século XIV surge outro grupo, homólogo às pessoas em situação de rua atuais, ou seja, aqueles que não possuem lugar na estrutura social.

A peste negra dizimou grande parte da população europeia e, em consequência, engendrou uma redução de trabalhadores. A oferta de trabalho, entretanto, continuava alta, com poucos trabalhadores e muitos postos de trabalho abertos, resultando na manutenção dos altos salários. No entanto, como já afirmado, estes trabalhadores possuíam baixa qualificação profissional, o que resultava em um contínuo aumento do contingente de desfiliaados. Castel (2010) denomina este cenário de “desemprego paradoxal”, que resultou na intervenção estatal legislativa. O rei da Inglaterra, Eduardo III, no ano de 1349, promulga o Estatuto dos Trabalhadores. Esta lei tinha por escopo solucionar a equação que combinava o aumento de desemprego x diminuição de trabalhadores, com o paradoxal resultado de aumento de pessoas que ocupavam as ruas (Castel, 2010; Snow; Anderson, 1998).

O Estatuto dos Trabalhadores dava poderes a qualquer cidadão (empregador) que ofertasse alguma forma de trabalho – sendo no comércio, através de serviços braçais ou qualquer outra espécie – a exigir os serviços de pessoas que não estivessem realizando trabalho e possuíssem condições físicas para tal, sob pena de prisão quando houvesse a recusa. Poder-se-ia dizer que este seria um marco legal da problemática do trabalho na modernidade. Esta lei passa por reedições na Inglaterra, com acréscimos que reforçam a obrigatoriedade do trabalho, a erradicação de mobilidade e a proibição do socorro assistencial daquele sujeito com capacidade de trabalhar.

Outros países editam suas próprias leis contra a ociosidade ou vadiagem. A França, comandada por João II, decreta que todos os homens ou mulheres que vagam pela cidade de Paris, com corpos sadios, trabalhem, sob pena de serem presos. Se reincidentes, seriam postos no pelourinho. E, em uma terceira reincidência, seriam marcados na testa e banidos da cidade. Portugal e os países Ibéricos fixam um teto aos salários e proíbem o deslocamento em busca de emprego. Nestes países, a todos os homens e mulheres que fossem considerados “mendigos válidos”, possuidores de força de trabalho preservada, seria vedada a assistência social.

A mobilidade também foi vedada, fosse à busca de emprego ou não. Estas pessoas representavam uma mancha na sociedade, fora do mercado de trabalho e com força de trabalho válida. Ao longo da história europeia, foram realizadas algumas tentativas de definição de "vagabundagem". Estas definições iniciam-se no século XVI e as principais características seriam a ausência de um ofício ou profissão, domicílio ou lugar para viver e o fato de não conhecerem ninguém que lhes pudesse atestar a existência digna. Ou seja, indivíduos sem pertencimento comunitário. Abaixo uma das definições: Declaramos vagabundos e pessoas sem fé nem lei aqueles que não têm profissão, nem ofício, nem domicílio certo, bem como, lugar para subsistir e que não são reconhecidos e não podem valer-se da recomendação de pessoas dignas de fé que atestem sobre sua boa conduta e bons costumes. (Código Penal Napoleônico, *apud* CASTEL, 2010, p. 121).

Wanderley (1995), ao descrever o trabalho e a população em situação de rua, afirma que o trabalho reconhecido na sociedade capitalista é o trabalho que cumpre rotinas impostas e o operário disciplinado. Esta definição vai ao encontro da definição acima destacada. A população de rua não consegue enquadrar-se, ou seja, o que Castel (2010) denomina de "desfilia- dos". O que faz com que se produzam na atualidade estigmas homólogos aos do século XIV. É possível levantar a hipótese de que estas leis europeias contribuam ainda atualmente para o estigma das pessoas em situação de rua como pessoas que não se enquadram nas normas vigentes, os desfilia- dos da contemporaneidade. Indicativo disto são as ações realizadas com esta população, que, no lugar de ações afirmativas e produtoras de inserção social, são ações que resultam em reforçar a exclusão dos excluí- dos. Por exemplo, as ações¹ do Governo do Estado do Paraná que, com caminhão, recolheu os pertences e roupas da população em situação de rua da região central da cidade, objetivando limpar a cidade. Ações como

¹Matéria jornalística que foi amplamente divulgada em meio eletrônico disponível em: <http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2015/06/leitor-flagracaminhao-de-lixo-reco- lhendo-roupas-de-mendigos.html> acesso em 11/11/2015).

está de limpeza do lugar em que vivem acabam por reafirmar suas fraquezas e fragilidades, além de tratar o problema superficialmente, sem abranger seus determinantes sociais.

O Brasil também apresentou legislação contra aqueles que não estão empregados e que vagam pelas ruas, promulgando a lei da vadiagem. Segundo Fabretti e Rachid (2013), a lei foi criada no ano de 1830 no Código Penal do Império do Brasil de forma muito similar às europeias do século XIV, sendo reeditada após a Abolição da Escravatura, devido à expectativa de que ex-escravos, sem qualificação e sem “rumo”, ocupariam as ruas das cidades. Para resolução deste problema, a Câmara de Deputados propôs punição às pessoas que estivessem em plena saúde e não tivessem ocupação. Em 1941, esta lei foi novamente reeditada e incorporada à Lei de Contravenções Penais (Decreto-Lei nº 3.688/41). O fato curioso é que, apenas no ano de 2004, o congresso aprovou a modificação na “lei da vadiagem”, aprovada no Senado somente em 2009². A modificação revoga o art.º 60 da Lei de Contravenções Penais, mas mantém o art.º 593. Ou seja, retira a criminalização por mendigar, mas mantém a criminalização pelo fato de entregar-se habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho.

Estas informações auxiliam na análise para além das bases econômicas, pois se faz necessário compreender as nuances de se viver na sociedade atual, do processo de constituição de seus valores. A sociedade contemporânea exige o cumprimento das normas, de horários, qualificação profissional e sucesso familiar. Apresentando rotinas, horários e regras sociais. O não cumprimento destas expectativas pelos indivíduos resulta em um sofrimento velado ao sujeito. Segundo Baumann (2001), as rotinas impostas servem para nos poupar da agonia, mas são regras e rotinas difíceis de serem atingidas.

²Disponível em <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITO-E-JUSTICA/423736-CAMARA-APROVA-FIM-DA-PENA-DE-PRISAOPARA-VADIAGEM.html>. Acesso em 11/10/2015. 3 Decreto-Lei nº 3.688/41, Art. 59. Entregar-se alguém habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover à própria subsistência mediante ocupação ilícita: Pena – prisão simples, de quinze dias a três meses.

Para os autores Snow e Anderson (1998), a história do desabrigo contemporâneo é longa e variada. Os autores analisaram os motivos para o desabrigo de pessoas em situação de rua, na cidade de Austin, EUA, na década de 80. Apontam que a ida para a rua inclui fatores macro e micros-sociais. Os fatores microssociais dizem respeito à história de vida destas pessoas, sendo que as motivações para migração à rua podem ser divididas em quatro categorias: a) voluntarista; b) patologias dos sujeitos; c) ausência do apoio familiar e; d) azar.

Os fatores macrosociais dizem respeito às estruturas gerais da economia da sociedade que colocam massas de indivíduos em situação de risco, acarretando descolamentos. Tais deslocamentos podem ser divididos em deslocamento residencial e descolamento econômico. O deslocamento residencial, apontado pela literatura americana, identifica três tendências: 1) desospitalização; 2) declínio de moradia de baixa renda e; 3) elevação no custo da habitação.

Escorel (1999; 2000) considera a exclusão como um fator determinante à situação de rua. Para ela, a exclusão social é um processo no qual os indivíduos são reduzidos à condição de animal *laborans* e na qual estão impossibilitados de exercícios plenos de suas potencialidades da condição humana. O processo de exclusão, para a autora, não está reduzido somente ao trabalho, mas abrange todas as áreas da vida sociofamiliar e ao processo de desvinculação das diversas áreas da vida. São pessoas que apresentam trajetórias de vulnerabilidades, fragilidades ou precariedades nas relações familiares e comunitárias, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana. A exclusão do mercado de trabalho não pode ser considerada isoladamente, mas deve ser analisada incluindo demais fragilidades, tais como habitacionais, afetivas, discriminações e violências que compõem as necessidades humanas.

No caso da população brasileira, Escorel (1999) considera que as relações familiares e comunitárias predominam sobre as referências do trabalho. O trabalho tem a função de possibilitar ao trabalhador a identidade de chefe provedor da família. A falta ou a instabilidade do emprego afeta

diretamente estas pessoas de se reconhecerem como provedores. Portanto, estar na rua, no caso brasileiro, não é estar longe do mercado de trabalho, mas é estar distante da família, ou seja, estar desvinculado de uma rede afetiva.

No sentido de ter família e lar, Szasz (1994) postula que existem diversas formas de denominar uma pessoa sem lar. Termos como: “cacha-ceiros”, “vagabundos”, “vadios”, “craqueiros” e “mendigos”, entre outros termos pejorativos. Mas para ele [...] *assim como o conceito de doença não nos diz o que é saúde, também a noção de não ter família não nos diz o que é ter um lar* (Szasz, 1994, p. 138).

Isto não ocorre por culpa do sujeito ou da família, mas por uma série de acontecimentos que tornam esta escolha de não ter uma família mais saudável no âmbito emocional para este sujeito. Ao avaliar o que seria um lar, Szasz (1994) cita o autor John Luckacs, que considera o conceito de lar como a maior proeza da Era Burguesa. Vivemos enganando a nós mesmos que ter um lar e ser mentalmente sadio é nossa condição nata. O autor considera “lar” um estado mental e que algumas pessoas não apresentam o desejo de o ter.

A verdade rudimentar é que algumas pessoas escolhem não empregar seus recursos para se manter (utilizando-os, por outro lado, na compra de drogas) recusam-se a viver com membros da família desejosos de acolhê-los e preferem uma vida de doença mental, crime e vadiagem. (Szasz, 1994 p. 141)

Ao alinhar as análises de Escorel (1999) e Szasz (1994) e considerando o conceito de lar e o de família como uma “invenção” moderna, a unidade familiar para a população brasileira é “cobrada” socialmente, como uma condição nata ou de saúde. E a condição no mercado de trabalho para o brasileiro é, sim, importante, pois é o que lhe credencia como homem provedor e “chefe de família”. Neste ponto, faz-se necessário uma reflexão sobre os números do 1º Censo Nacional da População em Situação de Rua. Os dados mostram que 82% das pessoas que têm a rua como moradia são homens e apenas 18% são mulheres. Isto pode nos indicar que a motivação

para ter a rua como forma de vida apresenta significados diferentes para homens e mulheres que atendem às expectativas culturais contemporâneas.

Ao problematizar a relação da rua com o mercado de trabalho, Paugam (2007) traz o conceito de desqualificação social, caracterizado pelo movimento de expulsão gradativa do mercado de trabalho. O estudo realizado pelo autor indica três fases para o processo de ida às ruas: a fragilidade com a perda do emprego, a dependência de serviços sociais e a ruptura de vínculos sociais e comunitários. Em relação à dependência dos serviços sociais no caso brasileiro, cabe ressalva, pois, para tal dependência, faz-se necessário que o estado de bem-*estar* social esteja em pleno funcionamento, fato que não é realidade. Heiler (2014) ao analisar os direitos fundamentais, que abrangem o direito à saúde, aposentadoria, assistência social e direito à vida e que garantem a dignidade da pessoa humana, reafirma a inefetividade destes direitos no Brasil. O que não descarta a transposição da teoria de Paugam (2007) para nossa realidade, mas apenas pode-se avaliar que, se esta fase de dependência dos serviços sociais no caso brasileiro não corresponde às reais necessidades da pessoa, torna possível afirmar que o tempo da primeira até a última fase seria mais rápido ou ao menos mais certo. Afinal, os serviços sociais devem servir para proteção da população, evitando a ruptura de vínculos familiares e comunitários.

Segundo Paugam (2007), o desempregado tem invariavelmente relações mais distantes e mais suscetíveis à violência e, quanto pior a situação no mercado de trabalho, maior a possibilidade de ruptura de vínculos, sendo que os homens com idade entre 35 e 50 anos sofrem mais do que as mulheres com esta situação. Para estes sujeitos, é como se o fracasso estivesse visível a todas as pessoas e não apenas para eles. Por fim, alerta que a análise do processo de ida à rua deve ser feita qualitativamente, analisando-se as nuances de cada país e nas formas da pobreza. Em uma análise dos motivadores, histórias de vida e idas para rua, a pesquisadora Rosa (2005) analisou trajetórias de pessoas em situação de rua e constatou que

os eixos trabalho e família se entrecruzam e apresentam uma interdependência dos processos econômicos e sociais em jogo.

Em todo o Brasil são comuns os casos de violência relacionada, em todas as suas nuances, com desemprego, exclusão social, cor da pele e classe social. Não há uma relação simplista unidirecional de causa e efeito entre estes fatores, mas uma complexa gama de determinações móveis segundo o espaço e os atores envolvidos.

É consenso que a determinação social do fenômeno “morar na rua” é latente e evada de historicidade. Cada intervenção junto a essa população exige uma abordagem bem fundamentada teórica e contextualmente, pois é pelo olhar teórico, que considera os contextos amarrados à uma compreensão adequada da materialidade social, que se torna possível pensar em iniciativas que produzam uma vida melhor para quem mais necessita.

As formas de violência podem ser apresentadas de diversas maneiras e compreendidas nesta mesma diversidade de configurações. Habitua-se a compreender violência apenas em atos extremos com o uso da força, da coerção, com uso de violência física ou mesmo sexual, perpassando pelas modalidades de violência psicológica ou moral. Mas ao deparar-se com os processos históricos e contextos psicossociais que favoreceram a ida destas pessoas para as ruas é possível identificar uma violência velada, a violência estatal. Qual o papel do Estado ao possibilitar o surgimento de trabalhadores que não possuem mão de obra qualificada e não se enquadraram no sistema econômico, com liberdade de ser explorado, mas não de ter moradia digna, ou até mesmo, de ocupar as ruas como moradia? Afinal, qual o papel do Estado se não combate a segregação social ocasionada pela cor da pele?

Referências

BAUMAN, Z. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto Lei 3.688, de 03 de outubro de 1941**: Lei das Contravenções Penais. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3688.htm. Acesso em: 24 jun. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Política Nacional Para População em Situação de Rua. Brasília, DF, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2009/Decreto/D705. Acesso em 24 jun. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF, Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>.

CASTEL, R. **A metamorfose da questão social: uma crônica do salário**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. (Coleção Zero a esquerda).

COELHO, I. **Pelas tramas de uma cidade imigrante**. Joinville: Univille, 2011.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S. Vivendo de teimosos: moradores de rua da cidade do Rio de Janeiro. *In.*: BURSZTN, M. (org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Gramond, 2000. p. 139-171.

HEILER, J. G. Hermenêutica constitucional e condições de efetividade dos direitos fundamentais. **Revista Eletrônica Direito e Política:**

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciência Jurídica da UNIVALI, Itajaí, v. 1, n. 5, p. 359-381, abr. 2014. Disponível em: <http://www6.univali.br/seer/index.php/rdp/article/view/5759/3136>. Acesso em: 24 jun. 2015.

PAUGAM, S. O Enfraquecimento e a Ruptura dos Vínculos Sociais: Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. *In.*: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da inclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 67-95. (Psicologia Social).

RACHID, R.; FABRETTI, H. B. Vadiagem: Efeitos revogados de uma contravenção que vigora. **Revista Liberdades**, São Paulo, n. 13, p. 3-13, 2013.

ROSA, C. M. M. **Vidas de Rua**. São Paulo: Hucitec; rede Rua, 2005. (Estudos Brasileiros, 37).

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados**: Um estudo sobre o povo da rua. Petrópolis: Vozes, 1998. (Coleção Zero a esquerda).

SZASZ, T. Psychiatric diagnosis, psychiatric power and psychiatric abuse. **Journal of medical ethics**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 135-138, 1994.

WANDERLEY, L. E. A questão do trabalho e não trabalho-COMENTÁRIOS. *In.*: ROSA, C. M. M. (org.). **População de Rua Brasil e Canadá**. São Paulo: Hucitec, 1995.

Saúde mental e violência institucional: entre invisibilidade e omissão

Bárbara Domingues Nunes

Maria Isabel Barros Bellini

Introdução

As discussões aqui construídas estão fundamentadas teoricamente no materialismo histórico, na História Oral dos entrevistados, na pesquisa documental e na revisão bibliográfica no portal de teses e dissertações da CAPES. Apesar dos grandes avanços no campo da saúde mental, ainda persistem práticas manicomiais que reatualizam a lógica de opressão, violência e estigmatização nos serviços de saúde mental.

Mesmo com o fechamento dos manicômios, as práticas institucionais em ambientes de livre circularidade também podem ser permeadas pela lógica excludente. Portanto, a presente discussão apresenta-se enquanto temática urgente na discussão acadêmica e política nos serviços de saúde mental, tendo em vista o silenciamento e a tolerância institucional diante das situações de violência que são gradativamente silenciadas nos diversos espaços sócio-ocupacionais.

As discussões também não se restringem ao campo da saúde mental, mas são transversais nas diversas políticas públicas que compõem a rede intersetorial de atendimento. Pois, para o processo de promoção de saúde e saúde mental, são necessários muitos determinantes que não somente aqueles relacionados à ausência de doenças.

Violência institucional na saúde mental: repercussões do silenciamento

Neste item abordamos sobre a violência institucional e suas repercussões via medicalização e diversas violências no contexto de atendi-

mento no campo da política de saúde mental. Esta é definida pela Organização Mundial da Saúde-OMS como "um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade" (OMS, 1946, s/p).

São dois os paradigmas de discussão sobre as definições de saúde e saúde mental, o biomédico e aquele relacionado à produção social de saúde. O primeiro concentra-se na doença, sendo a saúde mental elemento de estudo da especialidade psiquiátrica. No segundo, a saúde não se limita à manifestação de doenças, mas inclui aspectos relacionados ao âmbito social, econômico, cultural e ambiental (Gaino *et al.*, 2018). Deste modo, a definição de saúde mental é uma discussão complexa e, para além da conceituação, a violência institucional e/ou o seu silenciamento acarreta impactos nefastos que influenciam negativamente na qualidade de vida dos sujeitos.

Contudo, antes de aprofundar o debate é oportuno relembrar sobre as diretrizes para um trabalho humanizado no campo da saúde mental, pois foram longos anos de luta e mobilizações para a conquista do cuidado em liberdade, através do fechamento dos manicômios e todas as formas de exclusão e violência. Isto se deu graças à Reforma Psiquiátrica e o Movimento Antimanicomial. Em relação à Reforma, ela teve como marco a Lei 10.216/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado. Foi um movimento que se estruturou através das críticas às práticas de isolamento e exclusão, e as denúncias de maus-tratos aos sujeitos institucionalizados por períodos extensos e de forma involuntária (Brito, 2017).

A luta antimanicomial se estruturou a partir de dois eventos, a exemplo da I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), ambos realizados em 1987 na cidade de Bauru-SP. No referido congresso é organizado o Manifesto de Bauru, documento que instituiu o movimento antimanicomial, além de ser o símbolo da pactuação entre os profissionais e sociedade contra as formas violentas, excludentes e opressoras de trata-

mento da loucura (Amarante, 1995). O referido congresso marcou a transformação do MTSM em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, na luta contra exclusão e discriminação.

Portanto, falar em saúde mental é falar de liberdade e cuidado. Sendo que aquilo que vier a contradizer os preceitos da reforma, luta antimanicomial e direitos dos usuários é caracterizado enquanto violência institucional. O termo "silenciamento" da violência é justificado em decorrência do levantamento realizado no portal CAPES utilizando os descritores *saúde mental* e *violência institucional*, dos quais resultaram três produções referentes aos períodos de 2001, 2012 e 2014. Portanto, isto expressa o silenciamento da violência institucional, também na produção acadêmica. Além de reiterar a relevância de problematizar esta temática no campo da saúde mental, considerando a luta histórica para o fim do trato violento e repressor contra a loucura nas instituições e serviços.

Independente da modalidade, seja nos leitos hospitalares, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos diversos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, é notório que alguns preconizam pautas democráticas e da Luta Antimanicomial, assim como muitos acabam por reproduzir a lógica manicomial reatualizando velhas práticas, isto é, "Renovação da velha questão social sob outras roupagens e novas condições sócio-históricas de sua produção/reprodução" (Iamamoto, 2001, p. 28).

Estas "novas roupagens" assumem características mais sofisticadas e quase imperceptíveis. Entretanto, a sociedade chamada "do bem-estar" e "da abundância" descobriu agora que não deve expor abertamente sua face de violência para não criar em seu seio contradições demasiado evidentes, que se voltariam contra ela" (Basaglia, 1985, 101-102). O autor ainda problematiza que o poder é concedido aos profissionais que o exercem em nome das instituições, ao criar diferentes formas de violência, agora a violência técnica. E os técnicos não se limitam aos profissionais de nível superior, ou pessoas ligadas a funções de direção nas instituições, mas todos aqueles ligados a alguma instituição que repetem ou não suas diretrizes segundo o poder a eles delegado.

Paulo Amarante (2019) reforça em “Ameaça técnica da indústria da loucura”, que a Reforma Psiquiátrica não está restrita à dimensão técnica, mas engloba reconhecimento e valorização dos sujeitos em sofrimento psíquico (Amarante, 2019). A ameaça técnica pode ser observada nos serviços que deveriam produzir o cuidado ao invés de reproduzir sem nenhum questionamento e/ou resistência às violências institucionais que interferem na saúde mental das pessoas em sofrimento psíquico. Destarte, a violência institucional é silenciada através do tecnicismo, o que contribui para que ela se perpetue de forma despercebida nos serviços de saúde mental. Os novos agentes da violência, intencionais ou não, são caracterizados:

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa [...] são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa, que é definida como terapêutico-orientadora, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de "objetos de violência", dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas. (Basaglia, 1985, p. 102)

Os agentes institucionais reproduzem a violência quando educam os usuários para que acolham a realidade, enquanto única aceitável, sem probabilidade de mudança ou questionamento. Profissionais que deveriam proteger o interesse dos sujeitos atendidos também lhes objetificam no momento que consentem com os preceitos institucionais. Por conseguinte, a liberdade é compreendida como algo que possui mais de uma alternativa, pois se sua vida lhe aparece como preestabelecida, organizada, e sua participação pessoal consiste na adesão à ordem, ver-se-á prisioneiro do território psiquiátrico, cujas contradições não conseguia enfrentar dialeticamente (Basaglia, 1985, p. 118-119).

Velhas práticas na (des) atenção a redução de danos

As diferentes “prisões” e suas violências não se reduzem ao interior das instituições psiquiátricas, mas podem ser repetidas nos espaços em que a adesão à ordem é o principal imperativo, com ausência e nenhuma possibilidade de mudanças. Neste item serão problematizadas as práticas de atenção no atendimento à redução de danos e as implicações da violência institucional, que se mostra reatualizada nos serviços de saúde mental. Quanto a origem e significado da violência, pode-se afirmar que:

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis* que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes naturalizados ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas. (Minayo, 2005, p. 13, grifo nosso)

A violência institucional não se mostra de imediato, nem é de pronto percebida nos espaços sócio-ocupacionais em decorrência da sua naturalização, mas é possível identificá-la na sua ação ou omissão, quando ocasiona sofrimento aos usuários e/ou deixa de prestar atendimento. Esta temática necessita de constantes discussões e problematizações, pois a violência modifica-se constantemente conforme os valores e interesses da sociedade. Modificações que são “novas formas para velhos conteúdos” (Mota, 2000, p. 54). Além dos usuários, os profissionais também sofrem com a violência institucional, mediante condições de trabalho precárias, assédio moral e cobrança excessiva por produtividade.

Em pesquisa documental, foram analisados dois projetos do município de São Lourenço do Sul que têm vinculação com a violência institucional, pois referem-se à internação para usuários de substâncias psicoativas. O primeiro projeto proposto em 2011 era “Recuperando o Futuro”, o qual foi posteriormente atualizado para “Mãe me quer”. Em relação a este último projeto, no final de 2016 foi iniciada a reforma e a construção do novo espaço para atendimento em parceria entre a gestão municipal e a instituição, visto que os recursos eram provenientes do Fundo Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (FUNDICA). Quando “Recuperando Futuro” foi proposto, os leitos destinados foram direcionados para o Hospital Santa Casa, pois não contavam com financiamento do Governo Federal. Sendo assim, foi elaborado um novo projeto que contemplasse o mesmo público e a fonte de financiamento.

“Mãe me Quer” foi uma proposição do psiquiatra Flávio Resmini, coordenador da saúde mental em parceria com o Centro de Saúde São João da Reserva. O projeto foi submetido ao Conselho Municipal dos Direitos das Crianças e Adolescentes (COMDICA) para apreciação e manifestação de interesse. Sendo aprovado através da resolução 001/2017. A justificativa do projeto menciona o trabalho com grupos vulnerabilizados e o atendimento de forma prolongada até o parto, o que não significaria internação em unidade psiquiátrica, mas espaço que promovesse abstinência, bem como cuidados com a gestação e os aspectos psicossociais. Ainda na justificativa foram mencionadas informações de uma pesquisa estadunidense e uma pesquisa brasileira da Fiocruz com dados gerais do país. O projeto tinha como objetivo o desenvolvimento de atendimento de qualidade vinculado aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tanto em nível municipal, quanto regional e estadual. “Mãe me Quer” foi assinado no dia 28 de agosto de 2017 pela então secretária Arita Bergmann, por Flávio Resmini e Carlos Emanuel Bolic, administrador da Associação Beneficente São João da Reserva.

É notória a contribuição do COMDICA e da Secretaria Municipal de Saúde na elaboração do projeto, o que denota a troca de interesses, pois em determinado momento a Santa Casa foi atendida com os recursos do

projeto, pois o Hospital São João da Reserva não teria recursos via Ministério da Saúde. Outra contradição apresentada é que as equipes descritas na justificativa da Secretaria Municipal de Saúde divergem daquelas apresentadas pela instituição na proposição ao COMDICA. Também é justificado o “cuidado prolongado da gestante, não necessariamente em ala psiquiátrica, em ambiente de abstinência e cuidado gestacional”. Em outros termos, internação de nove meses sob alegação e adjetivação de cuidado, mas sem nenhum dado conciso da demanda justificada.

Conforme mencionado, a falta de diagnósticos e dados da realidade local são explanadas via dados de uma pesquisa estadunidense e uma brasileira da Fiocruz, sem nenhum dado do município de São Lourenço do Sul. O objetivo geral do projeto era criar um espaço de qualidade vinculado à RAPS. Porém, fica o questionamento sobre a ordem desta ligação, se a mesma não deveria ocorrer antes das internações, através da redução de danos no cuidado preventivo e territorializado. Ressalta-se que a redução de danos nem é mencionada no projeto.

Redução de Danos: entre conceitos e práticas no âmbito da saúde mental

A Redução de Danos pode ser definida como um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas (Associação Internacional de Redução de Danos, 2010, n.p.). E ao contrário da prevenção ao uso de drogas, ela trabalha na prevenção dos seus danos, podendo ser caracterizada enquanto uma das diretrizes de trabalho do SUS. Não estabelece a diminuição do consumo como condição de acesso ou exige abstinência *a priori*, mas o protagonismo da pessoa que usa drogas (Mayer; Siqueira *apud* Adamy; Silva 2010, p. 148)

O cuidado através da redução de danos preconiza que a abstinência não seja pré-requisito e impeditivo para acolhimento, pois ela tem como direcionamento os Direitos Humanos e a liberdade das pessoas que fazem uso de drogas. Buscando proporcionar proteção e promoção de saúde, o que pressupõe transformar a cidade numa máquina de produzir cuidado

(Petuco; Medeiros, 2010, n.p.). Em relação à Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, suas propostas convergem com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Ademais, vemos a necessidade de desconstruir o senso comum de que todo usuário de drogas é um doente que requer internação, prisão ou absolvição (Godoy, 2017, p. 147). Sobre a redução de danos no âmbito da Reforma Psiquiátrica:

Passaram-se 20 anos de Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul e quase 12 anos no Brasil e ainda estamos em um campo de extrema disputa. Historicamente, o tema álcool e outras drogas caminharam à margem do processo da Reforma Psiquiátrica, pois foi pouco discutido no processo de criação e implantação desse outro modelo de cuidado. É a partir dessa lacuna que modalidades de tratamento geradoras de exclusão têm sido justificadas, além de suscitar olhares diversos com referencial muitas vezes de aspectos morais. Talvez essa lacuna também seja a de nos apontar que não basta fechar os hospitais psiquiátricos e criar novos serviços, mas fortalecer a rede de atenção e, principalmente, incidir sobre o olhar da sociedade. (Godoy, 2017, p. 148-149)

Portanto, só o fechamento dos Hospitais Psiquiátricos não se mostra suficiente, pois mesmo nos hospitais gerais o atendimento também pode ser excludente e repressor, ao reproduzir a violência institucional. Isto pode ser observado na fala da psicóloga Graziela de Araújo Vasques, que autorizou sua identificação: *“medicar as pessoas 14, 21 dias, e deixar as pessoas babando lá, impregnando de medicação e depois quando eu devolvo ela pra rede, eu devolvo ela ainda impregnada, ainda muito medicada e sem condição de articular pra entender o que ela vai fazer da vida”*. Sobre às internações em hospitais gerais, Graziela lembra “[...] a gente tem leito de hospital geral aqui, então a gente pode prender as pessoas lá dentro também [...] se eu tenho leito de atenção integral, ele não pode servir como um lugar pra eu trancar uma porta e deixar as pessoas lá dentro”.

As internações compulsórias, e a não compulsória denunciam o pseudo cuidado, ao passo que

assistimos a mídia enaltecendo projetos de leis de internação compulsória que retrocedem às conquistas do cuidado em liberdade e no território, das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, violam direitos humanos, estigmatizam usuários, além de induzir à terceirização do Sistema Único de Saúde. O que tem sido “vendido” como oferta de cuidado tem por trás uma limpeza social, tirando das ruas os que denunciam nosso maior problema, que é a desigualdade social. (Godoy, 2017, p. 146-147)

O cuidado também foi proposto na oferta de leitos pelo Projeto “Mãe me Quer”, com anuência da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul via Resolução nº 254/2019 da Comissão Intergestores Bipartite-CIB/RS. Certamente o objetivo na proposição do projeto foi promover o cuidado, mas distancia-se das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica, ao violar os direitos humanos e estigmatizar os usuários de drogas.

Conforme as informações do II Relatório Brasileiro sobre Drogas (2021) o gênero masculino possui maior prevalência nas internações relacionadas aos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias, visto que, de 96.081 internações relacionadas ao consumo de álcool em 2008, 86.490 correspondiam a homens (90%). A predominância se manteve relacionada ao uso de outras drogas, correspondendo a 76,3% (15.228) em 2008 e 54,95% (10.967) em 2015.

Entretanto, os dados não traduzem a realidade das mulheres. Pois, pesquisa Nacional sobre o uso de crack revelou que as taxas de nascidos vivos em mulheres usuárias de drogas foi de 3,82 e 2,56. E a projeção de fecundidade para o Brasil em 2013 seria 1,77. E 46% das mulheres relataram quatro ou mais gestações, o que revela uma certa discrepância para as usuárias nas cenas de uso. Ressalta-se que os estudos não contam com estatísticas fidedignas para análises estratificadas por sexo, o que, em cenas de amplo predomínio masculino, acaba por gerar análises enviesadas no sentido de um conjunto cuja amostra é composta por 80% ou mais de homens” (Jalil *et al.*, 2014, p. 87). Além da discrepância e subnotificação dos dados, as mulheres usuárias de drogas sofrem duplamente, pois

[...] o fato de estar usando uma determinada droga de modo abusivo expõe a mulher a situações de discriminação e exclusão social, contribuindo assim para que o consumo se dê de forma oculta. Esse ocultamento, por sua vez, retarda qualquer tipo de tratamento específico e aumenta o risco para vários agravos sociais e de saúde. Porém, de um modo geral, a abordagem enfoca aspectos farmacológicos relacionados à substância e suas consequências para gravidez e para o feto, sem contextualizar as características da pessoa usuária e do contexto social e cultural no qual a pessoa está inserida. (Oliveira, Paiva, 2007, p. 630)

O atendimento é centrado na dependência e uso de drogas, sem considerar a mulher e sua realidade. Isto se dá porque o uso de drogas é frequentemente visto como contrário aos papéis socialmente normativos das mulheres como mães, parceiras e cuidadoras (Sharma *et al.*, 2017, p. 1). Em decorrência deste estigma, as mulheres não procuram atendimento com a frequência esperada, pois são alvos de preconceitos contra a “anormalidade” e os papéis socialmente aceitos:

Nesse sentido, os direitos direcionam-se mais ao próprio feto e, em função disso, há uma preocupação em relação à promoção da saúde fetal que envolve principalmente o exercício responsável da maternidade. Esta responsabilidade, no tocante à mulher usuária de SPA, pode enredar ainda mais estes corpos nos sistemas de vigilância e regulação (sanitária, social e moral). Desse modo, essa rede poderá incidir de modo intensivo sobre as mulheres gestantes usuárias de SPA consideradas inaptas para exercer a maternidade. Em outros termos, se às mulheres-grávidas em geral já são dispensados um cardápio de prescrições sobre o que devem fazer e como devem cuidar de si e de seus/suas filhos/as, às mulheres usuárias de SPA grávidas esses cuidados se ampliam, na medida em que elas parecem estar todo o tempo sob suspeita e vigilância. No limite, seus corpos adictos atestam antecipadamente a incapacidade de seguir tais prescrições, eles expressam a inabilidade para o cuidar. (Jansen, Meyer, Felix, 2017, p. 100-101, grifo nosso)

Mulheres usuárias de Substâncias Psicoativas (SPA) vivenciam o estigma que lhes atribui incapacidade para o cuidado, além da periculosidade, como se fossem ofensivas para os seus próprios cuidados e dos seus filhos. Esta inabilidade é perpetuada pelos valores sociais e culturais, que toleram padrões que são convenientes aos interesses da sociedade e estigmatizam aquilo que não condiz com a normatividade aceita. Ainda sobre os estigmas vivenciados pelas mulheres usuárias de SPA,

[...] estigmas sociais que são impostos a essas mulheres e que repercutem no não acesso aos serviços de saúde geram o ocultamento das necessidades e demandas femininas, pois o consumo de drogas feito por elas muitas vezes ocorre de maneira velada, para evitar que sejam julgadas e discriminadas por tal ato, o que provoca a sua invisibilidade frente aos serviços de saúde e às políticas públicas, provocando, assim, o aumento da vulnerabilidade social e dos agravos de sua situação de saúde. (Bolzan, 2015, p. 112)

Diante do exposto, a subnotificação também evidencia preconceitos vivenciados pelas mulheres usuárias de drogas, pois a invisibilidade nos índices também denota a realidade de acesso e a descentralização dos serviços que não abrangem esse público de forma satisfatória. Em consequência disto os agravos na saúde e vulnerabilidade social destas mulheres são exponenciados, conforme demonstra o Plano Estadual de Saúde do RS ao afirmar que do total de óbitos de mulheres negras por substâncias psicoativas, 64% foram devido ao uso do álcool, sendo que do total de óbitos por substâncias psicoativas de mulheres brancas, 40% foram devido ao uso de álcool (Rio Grande do Sul, 2013, p. 117).

Dados do relatório da Pesquisa Nacional sobre Uso de Crack realizada pela Fundação Oswaldo Cruz revelam que o maior índice de mulheres que fazem uso prejudicial não são mulheres brancas e representam 78,6% do universo identificado (Jalil *et al.*, 2014). Além disto, o III Levan-

tamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira referente no ano de 2017¹ expõe que o uso de álcool e tabaco, e o uso de álcool e uma substância ilícita entre os homens foram superiores aos percentuais entre as mulheres. Porém, as mulheres possuem índices superiores quando relacionados ao consumo de álcool e medicamento não prescrito (Brasil, 2017).

O processo de medicalização, vinculado à estigmatização e internações prolongadas reservadas às mães “incapazes” de cuidarem de si e dos seus filhos, reforça a violência institucional e a reproduz de forma naturalizada nos serviços de saúde. A divergência dos dados demonstra a subnotificação² e indícios da invisibilidade de diagnósticos e informações sobre as mulheres usuárias de SPA, o que torna ainda mais complexo o processo de cuidado e promoção de saúde na redução de danos.

A violência institucional possui múltiplas determinações e características, e pode ser a fonte de sofrimento psíquico (Delgado, 2012, p. 188). Outro termo sinônimo da violência institucional é o conceito de “tolerância institucional”³, o qual significa “tolerar a violência, falhando em garantir o acesso a direitos e atuando na manutenção de padrões discriminatórios hegemônicos que mantêm intactas as estruturas desiguais de nossa sociedade e de nosso Estado” (CFEMEA, 2014, p. 11). Seja violência ou

¹Estudo realizado em 2015, mas publicado em 2017. A publicação foi realizada posteriormente, pois o ministro da Cidadania, Osmar Terra, discordou do resultado, o que caracterizou censura pelo governo federal (Krapp, 2019; Oliveira, 2019).

²“A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostra que, em 2021, 51,1% da população brasileira era do sexo feminino. O dado representa 4,8 milhões de mulheres a mais que homens no país” (Corsini, 2021, n.p.).

³ “[...] tomado de empréstimo da pesquisa conduzida pelo Projeto Interagencial da Colômbia e definido como o conjunto de valores, imaginários, comportamentos, atitudes e práticas racistas e sexistas reproduzidas nas instituições do Estado a partir da atuação de seus servidor@s, favorecendo e perpetuando a violência contra as mulheres, incluindo a omissão dos deveres estatais de restituição de direitos, proteção, prevenção e erradicação e a perpetração direta de atos de violência por parte dos atores institucionais” (CFEMEA, 2014, p. 11).

tolerância institucional, as consequências são as mesmas ao acarretar violência contra os usuários da saúde mental.

O depoimento da mãe de uma usuária que frequenta o CAPS há 30 anos elucida as afirmações descritas. Foi garantido o anonimato e a participante escolheu ser chamada pelo número 23. Quando questionada sobre os avanços da política de saúde mental no município, ela menciona que sua filha: “[...] *vai qualquer coisa atacada ruim, eles tratam de internamento [...] ela é uma pessoa muito difícil de lidar [...] nunca ficou sem medicação [...] agora foi tremendo em 2019... 2020 ela vivia mais internada do que em casa*”. As informações da entrevistada não são da época, mas dos dias atuais e a medicação se apresenta central nos atendimentos.

[...] a violência por omissão e a violência por comissão, sendo a primeira conceituada como: a negação total ou parcial de ações médico-sanitárias, bem como a debilidade institucional observada através da desnormalização, do descaso, da negligência e até mesmo, num grau máximo, da omissão, da inexistência de um serviço público de saúde. Já a violência por comissão, compreende a violência técnica inerente à teoria e à prática dentro dos serviços de saúde. Trata-se da violência embutida nas práticas de saúde e nos **procedimentos indesejáveis e/ou desnecessários e a consequente repercussão sobre a saúde e a vida da população usuária**. (Diniz *et al.*, 2004, p. 354-355, grifo nosso)

Independentemente do tipo de violência, seus impactos são os mesmos sobre a saúde mental dos sujeitos. Pois, procedimentos desnecessários ocasionam anos de medicalização, internação e cronificação de sofrimento. O sofrimento atrelado à internação pode ser observado no depoimento da usuária mencionada que escolheu ser chamada por Amiga. Sobre suas lembranças da época, ela menciona: “*baixava seguido [...] eu ia para o Espírita Levas Leite, eu fiquei um mês e 18 dias, fiquei até no isolamento [...] com a porta trancada, sem roupa, com uma janelinha lá em cima que não tinha nem ar para respirar*”. Este relato traduz a repressão, tortura e violência institucional. Ressalta-se que [...] “para compreender por que a clausura não é alternativa de cura, basta perguntar a um usuário

dos serviços de saúde mental de que maneira a passagem por uma internação psiquiátrica marcou sua vida” (Paulon, 2006, p. 4).

A política de saúde mental sofreu duros ataques nos últimos governos desde o golpe de 2016, com retrocessos e desmontes, além do fortalecimento de comunidades terapêuticas, com instituições privadas e restritivas de liberdade que trabalham sob o viés da coerção e repressão. Mais uma vez a violência institucional apresenta-se de forma multifacetada no processo de (des)atenção com o cuidado via redução de danos (Corte, 2021).

Comunidades Terapêuticas e violência institucional: golpe contra o cuidado em liberdade

Em 2019, ano em que a Reforma Psiquiátrica completou 18 anos, o Governo Federal emitiu nota técnica legitimando o retorno dos hospitais psiquiátricos, ambulatorios de saúde mental, além de reinserir as comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), desconsiderando o apoio matricial e a intersetorialidade dos CAPS com a rede de atendimento (Brasil, 2019). Em relação à legislação de saúde mental no país, foram editados quinze documentos (portarias, resoluções, decretos e editais) entre 2016-2019, o que denota a chamada “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Cruz; Gonçalves; Delgado 2020).

Mediante a exponenciação do neoliberalismo no Golpe de 2016 acontece a desregulamentação e retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), estruturada a partir da implementação da Resolução nº 32/2017 e da Resolução nº 1/2018, abrindo possibilidade para custeio dos hospitais psiquiátricos, além dos recursos para inserção das comunidades terapêuticas na RAPS. A resolução nº 32 foi aprovada no final de 2017 por Quirino Cordeiro Júnior, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) realizada em Brasília, sem participação e anuência da sociedade.

As principais iniciativas do governo federal na Política de Saúde e na PNSM entre 2016-2019 foram: 1) alteração da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mudando parâmetros de população e flexionando a

necessidade do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, fragilizando a atenção básica; 2) ampliação dos recursos aos hospitais psiquiátricos, com ajuste acima de 60% nas diárias; 3) redução do cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e invisibilidade no fornecimento dos dados sobre a rede de serviços pelo Ministério da Saúde; 4) ampliação para mais 12 mil vagas nas Comunidades Terapêuticas; 5) centralidade do hospital psiquiátrico, recomendando a não utilizar o termo ‘substitutivo’ para se referir aos serviços de saúde mental (Delgado, 2019).

A “Nova Política de Saúde Mental” proposta no governo Bolsonaro propunha medidas de desconstrução da Reforma Psiquiátrica através da centralidade no hospital psiquiátrico; prioridade na internação de crianças e adolescentes; métodos biológicos de tratamento (uso da eletroconvulsoterapia); reprovação das estratégias de redução de danos; além da ruptura entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas. A política de álcool e outras drogas foi realocada na gestão do Ministério da Cidadania, que incorpora Desenvolvimento Social, Cultura e Esporte, favorecendo um “campo fértil” de incentivo às comunidades terapêuticas, na contramão da redução de danos.

Grande parte das comunidades terapêuticas visitadas têm o isolamento ou a restrição do convívio social como eixo central do suposto tratamento oferecido. Esse modelo viola o amplo conjunto de diretrizes que tratam dos direitos da pessoa com transtorno mental, incluindo os advindos do uso de álcool e outras drogas. A Lei nº 10.216/2001, que instituiu a reforma psiquiátrica no Brasil, é clara ao apontar que o atendimento a essa população deve priorizar a inserção na família, no trabalho e na comunidade. (CRP, 2017, p. 14)

Além da crescente priorização no direcionamento dos recursos, as comunidades terapêuticas reproduzem a noção de cuidado, ao mesmo tempo que reatualizam a perspectiva de repressão. Estas instituições privam a liberdade dos sujeitos que são “anormais” em consequência do uso

de substâncias psicoativas, na contramão do cuidado em liberdade, reproduzindo a violência institucional. Tais ações contradizem os preceitos da reforma e do cuidado em liberdade de forma reatualizada.

O decreto Nº 10.357, de 20 de maio de 2020, define a estrutura, os cargos e remanejamento de cargos do Ministério da Cidadania. O anexo I da estrutura do Ministério da Cidadania, no inciso V do Artigo 1º é incluída a Política Sobre Drogas a ser executada pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED⁴ criada pelo Decreto 9.674, de 02 de janeiro de 2019, posteriormente alterado pelo Decreto nº 10.357, de 20 de maio de 2020. A referida secretaria possui como atribuição a elaboração e implementação das políticas públicas para a redução do uso de drogas no Brasil, abrangendo prevenção, cuidado e reinserção social. O inciso III do Artigo 46 do referido decreto menciona que umas das responsabilidades da secretaria é “apoiar as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social” (Brasil, 2020, n.p.).

Algo instigante é a Política sobre Drogas ser realocada no Ministério da Cidadania (MC), o que além de descaracterizar, também desregulamenta o trabalho realizado pela Política de Saúde Mental. Além disso, a nova regulamentação transfere a responsabilidade de financiamento ao MC, pois “atualmente, o Ministério da Cidadania financia 703 comunidades terapêuticas, oferecendo 17,4 mil vagas em todo o país para o acolhi-

⁴Na página da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED constam apenas dois relatórios de Gestão, sendo um referente ao exercício de 2020 e outro de janeiro a abril de 2021, embora a secretaria tenha sido criada em 2019. Ambos os relatórios totalizam 7 páginas. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/transparencia-e-prestacao-de-contas/geracao-de-valor-publico/secretaria-nacional-de-cuidados-e-prevencao-as-droga-senapred>.

mento de dependentes químicos. Entre 2019 e 2022, o investimento federal já somou mais de R\$ 566 milhões⁵ (Ministério..., 2022, n.p.). Isto denota um grave entrave intersetorial nesta nova estruturação, na omissão de execução e financiamento de uma política (saúde) para outras políticas intersetoriais na Assistência Social (renda, inclusão social, atenção a primeira infância, segurança alimentar).⁶

Em 20 de janeiro de 2023, foi publicado o Decreto nº 11.392, o qual regulamenta a criação do “Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas”, vinculado⁷ à Secretaria-Executiva do Ministério Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Entre as atribuições do departamento está o assessoramento, execução, coordenação e

⁵ Além do governo federal investir mais de meio milhão nas comunidades terapêuticas, também anunciou que “[...] Ministério da Saúde investiu mais de R\$ 57 milhões no cuidado integral à saúde mental da população no ano de 2021. Os recursos permitiram o fortalecimento dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), o que ampliou a rede em 80 novos serviços” (Ministério..., 2021, n.p.). Esta informação demonstra que a maior parte do recurso foi para as comunidades terapêuticas, e que a prioridade não está no cuidado em liberdade.

⁶ Tais demandas deveriam ser atendidas por diferentes políticas públicas, a começar pela econômica, através do acesso ao emprego, renda, distribuição da riqueza, além da Política de Segurança Alimentar e Habitacional (CFESS, 2013). Ressaltando que “[...] se antes a centralidade da seguridade girava em torno da previdência, ela agora gira em torno da assistência, que assume a condição de uma política estruturadora e não como mediadora de acesso a outras políticas e a outros direitos, como é o caso do trabalho” (Mota, 2011, p. 138).

⁷ “O Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendou ao governo federal revogar a criação do Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas (DACT), no ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS). A indicação foi feita no final de janeiro, mas não surtiu qualquer efeito até o momento. Também a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) se posicionou contrariamente ao Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas, afirmando que sua criação “cria um conflito interno na gestão federal, prejudica a implantação de políticas já existentes e ameaça os princípios da reforma psiquiátrica e da defesa dos direitos humanos das pessoas em sofrimento mental” (Narvai, 2023, s.p.).

monitoramento das ações vinculadas ao consumo de álcool e outras drogas. Além disto, também são previstas parcerias com instituições não-governamentais (Costa, 2023).

Nos marcos institucionais, se trata de um salto qualitativo – infelizmente para trás, um retrocesso – quanto ao papel e relevância das CTs nas políticas em saúde mental, álcool e outras drogas, mesmo em comparação ao governo Bolsonaro. Para piorar, isso acontece não só no governo do Partido dos Trabalhadores (PT), como vem na sequência (e na contramão) da criação do Departamento de Saúde Mental na estrutura regimental do Ministério da Saúde, algo inédito, já que, até então, a saúde mental tinha alcançado o status máximo de coordenação (abaixo de Departamento) – tendo sido extinta no governo Bolsonaro – e de falas e posicionamentos da nova ministra da Saúde, Nísia Trindade na direção da revogação dos retrocessos no campo, retomando o desenvolvimento e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica. (Costa, 2023, s.p).

Diante do exposto, observa-se que a lógica "público" e "privado" perpassa os diferentes governos, visto que é algo estrutural da sociedade capitalista. Além disso, velhas práticas de um passado recente também se reatualizam no Governo Lula, embora suas prioridades sejam a favor da democracia e dos mais vulnerabilizados. Isto reforça a necessidade de manter constantemente a perspectiva crítica de análise sobre as práticas institucionais, à luz dos preceitos da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, pois a negação da história reforça a negação dos direitos, e para compreender suas determinações é necessário olhar para suas implicações.

Paulo Amarante ressalta que a Luta Antimanicomial continua urgente, questionando a patologização da vida e se há realmente aumento da depressão ou um elevado índice de sofrimento humano e social atribuído à responsabilidade individual aos sujeitos e não ao social, através da forma como a sociedade tem se relacionado com a vida humana (Amarante, 2023).

Conclusão

As breves discussões denotam a imprescindibilidade da problematização sobre a violência institucional na saúde mental, pois o não reconhecimento e o silenciamento diante de atos de violência institucional favorecem a sua manutenção, perpetuação e terminam por legitimá-la como intrínseca às práticas de saúde.

Além do silenciamento da violência institucional, há a invisibilidade e subnotificação dos dados relacionados às mulheres negras usuárias de substâncias psicoativas. Essas pautas precisam tomar a centralidade nas ações e prioridades institucionais, caso contrário a violência permanecerá sendo legitimada pelas instituições que deveriam promover o cuidado em liberdade de acordo com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Referências

- ADAMY, P. E.; SILVA, R. N. Redução de danos e linhas de cuidado: Ferramentas possíveis para o cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas. *In.*: TOROSSIAN, S. D.; TORRES, S.; KVELLER, D. B. (org.). **Descriminalização do cuidado: políticas, cenários, experiências em redução de danos** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Multicêntrica, 2017, p. 145-158. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 16 jan. 2023.
- AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. A Ameaça Técnica da Indústria da Loucura. **Revista Radis**, Rio de Janeiro, n. 198, p. 35, mar. 2019. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis198_web.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

AMARANTE, P. **Por que a Luta Antimanicomial continua urgente.** Instagram Outraspalavras, 18 maio de 2023. Disponível em: <https://www.instagram.com/outraspalavrasbr/>. Acesso em: 22 abr.2023.

BASAGLIA, F. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. **Decreto nº 10.357**, de 20 de maio de 2020. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Cidadania e remaneja cargos em comissão e funções de confiança (Revogado pelo Decreto nº 11.023, de 2022). Brasília: Presidência da República, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10357.htm. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. **II Relatório brasileiro sobre droga:** Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; UNIFESP. 2021. 357 p. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/xmlui/handle/11600/63024>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRITO, D. **CFM:** oferta de leitos psiquiátricos no SUS diminuiu quase 40% em 11 anos. Agência Brasil. Brasília: Agência Brasil, 2017. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/cfm-oferta-de-leitos-psiquiatricos-no-sus-diminuiu-quase-40-em-11-anos>. Acesso em: 10 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas:** 2017. Brasília: CFP, 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>. Acesso em: 09 outubro 2021.

CORSINI, I. **Brasil tem quase cinco milhões de mulheres a mais que homens, diz IBGE**. Rio de Janeiro: CNN Brasil, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/brasil-tem-quase-cinco-milhoes-de-mulheres-a-mais-que-homens-diz-ibge/>. Acesso em: 22 ago. 2022.

CORTE Interamericana: **Estado brasileiro será questionado em audiência por descumprimento de sentença do caso “Ximenes Lopes vs. Brasil”**. Justiça Global, 22 abr. 2021. Disponível em: <http://www.global.org.br/blog/corte-interamericana-estado-brasileiro-sera-questionado-em-audiencia-por-descumprimento-de-sentenca-do-caso-ximenes-lopes-vs-brasil/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

COSTA, P. H. **Um governo manicomial?: Pela revogação do decreto 11.392/2023! Pelo fim das comunidades terapêuticas! Esquerda online**. Disponível em: <https://esquerdaonline.com.br/2023/02/01/um-governo-manicomial-pela-revogacao-do-decreto-11-392-2023-pelo-fim-das-comunidades-terapeuticas/>. Acesso em: 25 jul.2023.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 18, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxFz6hgQqBH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 set. 2021.

DELGADO, P. G. [entrevista concedida]. **Observatório de Análise Política em Saúde**. Salvador: 2019. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/23/>. Acesso em: 25 setembro 2021.

DELGADO, P. G. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, ano X, n. 28, p. 187-198, 2012.

Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2022.

DINIZ, N. M. *et al.* Violência doméstica e institucional em serviços de saúde: experiências de mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 57, n. 3, p. 354-356, jun. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672004000300020>.

GAINO, L. V. *et al.* O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000200007. Acesso em: 20 setembro 2021.

GODOY, M. G. C. Incursões sobre as políticas sobre drogas e o cuidado nos processos de drogodependência. *In.*: TOROSSIAN, S. D.; TORRES S.; KVELLER D. B. **Descriminalização do cuidado**: políticas, cenários e experiências em redução de danos. Porto Alegre: UFRGS, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/159458/001023841.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 11 set. 2022.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, Brasília. v. 2, n. 3, jan./jul. 2001.

IHRA. **O que é Redução de Danos?**: uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres: Grã-bretanha, 2010. Disponível em: https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 10 set. 2022.

JALIL, E. *et al.* Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional. *In.*: BASTOS, F. I.; BERTONI, N.

(org.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT; FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019>. Acesso em: 11 set. 2022.

JANSEN, M.; MEYER, D.; FELIX, J. Mulheres Usam Substâncias Psicoativas? Atravessamentos de Gênero na Política de Redução de Danos no Brasil. **Revista Psicologia Política**. [S. l.], v. 17. n. 38. p 90-104, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n38/v17n38a07.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2022.

LADEIA, P. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, n. 26 (suppl. 8), p. 398-401. 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2186>. Acesso em: 18 ago. 2022.

MINAYO, M. C. de S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. 9-33. *In.*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

MINISTÉRIO da Saúde investiu mais de R\$ 57 milhões em políticas públicas de Saúde Mental no ano de 2021. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/dezembro/ministerio-da-saude-investiu-mais-de-r-57-milhoes-em-politicas-publicas-de-saude-mental-no-ano-de-2021>. Acesso em: 23 dez. 2022.

MOTA, A.; TEIXEIRA, C. **O desmonte da Política Nacional de Saúde Mental em tempos de pandemia**. Salvador: Observatório de análise política em saúde, 2020. Disponível em <https://observatorio.analisepoliticaemsaude.org/debate/bdbf2024d57cb707acafb4b32b0d6b47/>. Acesso em: 19 set. 2021.

NARVAI, P. C. **A saúde mental no governo Lula**. A Terra é redonda. Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2023/04/28/a-saude-mental-no-governo-lula/>. Acesso em: 22 julh.2023.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 625-631, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452007000400011>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde: (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 22 setembro 2021.

PAULON, S. M. Violência e Reforma Psiquiátrica: conquistas históricas. **Entre Linhas**, [S. l.], ano VII, n. 32, 2006. Disponível em: <https://www.crprs.org.br/entrelinhas/assets/edicaopdf/c2f68-arquivo32.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

PETUCO, D. R. S.; MEDEIROS, R. G. **Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Contribuição à IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 2010. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/ad_iv_conf.pdf. Acesso em: 11 set. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Grupo de trabalho e planejamento, monitoramento e avaliação da gestão (org.). **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde, 2013. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/28101537-pes-2012-2015.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social. **Justificativa Projeto de Lei da Unidade de Acolhimento Adulto “Mãe me Quer”**. São Lourenço do Sul: Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar Social, [2017?].

SHARMA, V. *et al.* Women and substance use: a qualitative study on sexual and reproductive health of women who use drugs in delhi, india. **Bmj Open**, [S. l.], v. 7, n. 11, e018530, nov. 2017. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018530>.

TOLERÂNCIA Institucional a violência contra as mulheres., Brasília: CFEMEA, 2014. Disponível em: https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/tolerancia_institucional_violencia_contra_mulheres.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

Sobre os autores

Carlos Alberto Severo Garcia-Jr. (org.)

Doutor em Ciências Humanas (UFSC), professor adjunto do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, Santa Catarina.

e-mail: carlosgarciajunior@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3367-4151>

Roger Flores Ceccon (org.)

Doutor em Enfermagem (UFRGS), professor adjunto do curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Campus Araranguá, Santa Catarina.

e-mail: roger.ceccon@hotmail.com

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0846-1376>

Adriano Beiras

Doutor Europeu em Psicologia Social pela Universidade Autônoma de Barcelona (UAB). Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

e-mail: adrianobe@gmail.com

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1388-9326>

Alexsandro Rodrigues

Professor do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo. Coordenador do Grupo de Estudo e Pesquisas em Sexualidades (GEPs/UFES) e do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade (NEPS/OFES).

e-mail: xela_alex@bol.com.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5998-49>

Bárbara Almeida da Silva

Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

e-mail: almeidabarbarapsi@gmail.com.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-8199-6331>

Bárbara Domingues Nunes

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais (PUCRS).
Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Política Social e Direitos Humanos (UCPEL). Assistente Social na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Habitação/São Lourenço do Sul/RS.

e-mail: nunesbarbaral@gmail.com.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3599-9411>

Camila Motta Paiva

Psicóloga. Doutora em Psicologia pela USP.

e-mail: camilapaiva@alumni.usp.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1959-182X>

Carolina Eidelwein

Mestra em Psicologia Social e Institucional/UFRGS, Psicóloga na Escola de Saúde Pública SES/RS.

e-mail: caroleidelwein@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-4287-827X>.

Doroteia Aparecida Höfelmann

Doutora, Universidade Federal do Paraná.

e-mail: doroaph@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1046-3319>

Douglas Francisco Kovalesski

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina,
Professor do Departamento de Saúde Pública da UFSC.

e-mail: douglas.kovalesski@ufsc.br

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8415-9614>

Elza Berger Salema Coelho

Doutora. Docente na Universidade Federal de Santa Catarina.

e-mail: elzacoelho@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7407-67>

Heloísa Alves da Cruz

Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

e-mail: heloisaacruz1901@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-2143-7282>

Ivânia Jann Luna

Doutora em Psicologia. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

e-mail: ivanijaanluna@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1758-0892>

Jaqueline Marcos dos Santos

Mestra em Saúde Coletiva/UFSC, Profissional de Educação Física na Secretaria Municipal de Saúde de Brusque/SC.

e-mail: msjaque@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6599-8102>

Joice Pacheco

Mestre em Saúde Mental pela Universidade Federal de Santa Catarina, trabalhadora da Prefeitura Municipal de Joinville/SC.

e-mail: joicepacheco@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-6254-1703>

Larissa Rodrigues de Campos Oliveira

Psicóloga, Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso HUJM/UFMT. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

e-mail: larissaoliveirapsicologia@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4315-4774>

Maelison Silva Neves

Psicólogo, Mestre em Educação, Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva e permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

e-mail: maelison.neves@ufimt.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9187-6283>

Márcia Leopoldina Montanari Corrêa

Nutricionista, Mestre e Doutora em Saúde Coletiva. Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

e-mail: marcialmontanari@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7812-0182>

Márcio Mariath Belloc

Doutor em Antropologia pela Universitat Rovira i Virgili. Docente na Universidade Federal do Pará.

e-mail: mmbelloc@ufpa.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0928-7557>

Marco José de Oliveira Duarte

Pós-Doutorando em Psicologia Social e Pós-Doutor em Políticas Sociais. Professor Adjunto da Faculdade de Serviço Social e do Corpo Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UFJF e Docente Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UERJ.

e-mail: marco.duarte@ufjf.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6395-1941>

María Antonella Barone

Doutora em Psicologia (UFES). Doutoranda em Psicologia (UFC). Coordenadora do Grupo de Estudo Sobre Aborto GEA-UFES). Linha de Pesquisa do Grupo de Estudo e Pesquisas em Sexualidade (GEPS-UFES).

e-mail: antonellabarone@alu.utc.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2404-6818>

Maria Esther Souza Baibich

Doutora em Saúde Coletiva/UFSC, Psicóloga do Trabalho - Docente Ensino Superior e Cursos EAD na área da Saúde.

e-mail: estherbaibich@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9728-696X>.

Maria Isabel Barros Bellini

Assistente Social. Doutora em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação em Serviço Social/PPGSS - PUCRS. Docente no Programa de Pós-graduação em Serviço Social/PPGSS/ e no Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais/Escola de Humanidades/PUCRS. Assistente social da Secretaria Estadual de Saúde/SES/Porto Alegre/Brasil.

e-mail: maria.bellini@pucrs.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1680-5009>

Mariane Lima de Souza

Professora associada do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

e-mail: limadesouza@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/00000002-7363-5926>

Marta Verdi

Doutora em Enfermagem-Filosofia da Saúde/UFSC, Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFSC e do Departamento de Saúde Pública/UFSC.

e-mail: verdiufsc@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7090-9541>

Matheus Trindade de Souza

Estudante de Serviço Social na Universidade de Brasília (UnB), membro do Grupo de Estudos em Saúde, Sociedade e Política Social GEP Saúde.

e-mail: trindadematheus74@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-6967-955X>

Pablo Cardozo Rocon

Assistente Social. Mestre em Saúde Coletiva. Doutor em Educação. Professor Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva e Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

e-mail: pablocardoz@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0005-2090-0786>

Rachel Gouveia Passos

Assistente Social. Pós-doutora em Direito pela PUC/RJ. Professora da graduação e pós-graduação em Serviço Social da UFRJ. Coordenadora do Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial. Assessora Técnica Especializada do Departamento de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

e-mail: rachel.gouveia@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2267-0200>

Rafael Andrés Patiño Orozco

Pós-doutorado em Memória Social pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Professor adjunto da Universidade Federal do Sul da Bahia.

e-mail: rafaelpatino@gfe.ufsb.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6492-825>

Ricardo Burg Ceccim

Doutor em Psicologia, Pós-Doutor em Antropologia Médica, Pesquisador do CNPq em Educação e Ensino da Saúde, Coordenador do Fórum de Residências da Rede Unida, Professor do Programa de Pós-Graduação em Cognição, Tecnologias e Instituições da Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA) e do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Inovação em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

e-mail: burgceccim@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0379-7310>

Ricardo Pimentel Mello

Professor titular do Departamento de Psicologia e do Programa de Estudos Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará. Coordenador do Núcleo de Estudos sobre Droga (NUCED).

e-mail: ricardopmello@gmail.com

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-9990-3837>

Sabrina Melo Del Sarto

Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – UFSC.

e-mail: sabrinadelsarto@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.or/0000-0003-1870-4332>

Sheila Rubia Lindner

Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina.

e-mail: sheila.lindner@ufsc.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9724-1561>

Tadeu de Paula Souza

Professor do Departamento de Saúde Coletiva da UFRGS.

e-mail: tadeudepaula@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6237-1240>

Vitória de Amorim Almeida

Psicóloga pela Universidade Federal do Pará. Mestranda em psicologia pela UFPA.

e-mail: desviopsivitoria@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8784-4406>

Walter Ferreira de Oliveira

Professor titular do Departamento de Saúde Pública - UFSC.

e-mail: walteroliveira.ufsc@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-18080-681>

Yane Marcelle Pereira Silva

Doutoranda em Estado e Sociedade pela Universidade Federal do Sul da Bahia.

e-mail: yane.ufsb@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0007-0433-6002>



ISBN 978-65-5462-077-2



9 786554 620772 >

editora



redeunida

