

Dossiê

PSICOLOGIA SOCIAL E ANTIRRACISMO:
compromisso social e político por um outro Brasil

RACISMO E SAÚDE MENTAL: UMA CARTOGRAFIA DO TRABALHO COM FAMÍLIAS

*RACISMO Y SALUD MENTAL: UNA CARTOGRAFÍA DEL TRABAJO
CON FAMILIAS*

*RACISM AND MENTAL HEALTH: A CARTOGRAPHY OF A WORK
WITH FAMILIES*

Tulíola Almeida de Souza Lima e Roberta Carvalho Romagnoli

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil

RESUMO: Este artigo é um desdobramento da tese de doutorado que trata das relações e processos de subjetivação entre equipes técnicas e famílias na rede de saúde mental. Neste contexto, o trabalho aborda forças conservadoras e possibilidades de resistência ao poder. O racismo está presente no cotidiano de pessoas que convivem com situações de sofrimento mental, mas poucas vezes esse marcador social é abordado nos serviços, caracterizando o silenciamento de experiências vividas. A metodologia utilizada foi a cartografia, incluindo pesquisa de campo, permitindo rastreamento de processos e considerando o posicionamento político de quem pesquisa, com orientação para práticas comprometidas com transformações sociais. A análise dos dados produzidos associa perspectiva interseccional sobre as demandas em saúde mental à esquizoanálise, buscando a construções de saída dos impasses entre familiares e equipes. Concluímos que sustentando indagações sobre modos de nos relacionar e revisitar nossa história, podemos construir práticas coletivas antirracistas na saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental; Racismo; Famílias; Silenciamento; Cartografia.

RESUMEN: Este artículo es fruto de una tesis doctoral que aborda las relaciones y los procesos de subjetivación entre los equipos técnicos y las familias en la red de salud mental. Aborda las fuerzas conservadoras y las posibilidades de resistencia al poder. El racismo está presente en el cotidiano de las personas que viven con sufrimiento mental, pero ese marcador social raramente es abordado en los servicios, caracterizando el silenciamiento de las experiencias vividas. La metodología utilizada fue la cartografía, incluyendo la investigación de campo, permitiendo rastrear procesos y teniendo en cuenta el posicionamiento político hacia prácticas comprometidas con la transformación social. El análisis de los datos asocia perspectiva interseccional de las demandas de salud mental con el esquizoanálisis, con búsquedas de salidas a los impasses entre familiares y equipos. Concluimos que apoyando preguntas sobre los modos de relacionarnos y revisitando nuestra historia, podemos construir prácticas colectivas antirracistas en salud mental.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental; Racismo; Familias; Silenciamiento ; Cartografía.

ABSTRACT: This article is an offshoot of a doctoral thesis that deals with the relationships and processes of subjectivation between technical teams and families in the mental health network. In this context, it deals with conservative forces and possibilities of resistance to power. Racism is present in the daily lives of people who live with situations of mental suffering, but this social marker is rarely addressed in the services, characterizing the silencing of lived experiences. Cartography was the methodology used, including field research, which allows processes to be traced and takes into account the political positioning of the researcher towards practices committed to social transformation. The analysis of the data produced associates an intersectional perspective on mental health demands with schizoanalysis, seeking ways out of the impasse between family members and teams. We conclude that by supporting questions about ways of relating and revisiting our history, we can build anti-racist collective practices in mental health.

KEYWORDS: Mental health; Racism; Families; Silencing; Cartography.

Introdução

“Como fazer implicar, em cada transição que se anuncia, a ancestralidade das gentes cuja terra foi roubada, como pólen e semente das gentes cuja terra ainda há de ser feita?”
(Mombaça, 2021, p. 62)

Eu, uma das autoras deste texto, me formei em Psicologia muito jovem e demorei para problematizar minhas ações profissionais a partir de princípios éticos e políticos da profissão. Através de experiências no campo da saúde mental, fui constituindo preocupações sociais e clínicas para atuar com pessoas em situação de vulnerabilidade e de sofrimento mental. Recentemente, ao longo de pesquisa de doutorado sobre o tema das relações familiares e profissionais que atuam neste campo, tive oportunidade de revisitar minhas escolhas e atualizar o que considero compromissos para uma atuação que atenda aos interesses da população brasileira. A metodologia desta pesquisa foi a cartografia, pela qual habitei dois serviços da rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos de Belo Horizonte, convivendo e entrevistando pessoas, produzindo dados para análises coletivas conjuntas sobre como têm ocorrido as relações na rede (Lima, 2021). Nós, ambas as autoras, construímos a cartografia, realizada entre os anos de 2017 e 2021.

Este trabalho aborda um modo de desenvolver pesquisas e práticas com as famílias, também usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS): práticas atentas ao chamado para sermos antirracistas, diante do histórico de opressão e de violência sofridos por determinados grupos sociais brasileiros, entre os quais estão os povos indígenas e os descendentes de africanos escravizados trazidos para o Brasil no período de colonização portuguesa. Sabemos que afro-americanos nunca foram devidamente integrados social e economicamente em nosso país, como afirma Abdias Nascimento (2019); o que nos leva a adotar posturas de combate ao racismo nas dimensões pessoais, técnicas, políticas e culturais. Utilizamos aqui referencial teórico-prático que dialoga com a arqueologia de Michel Foucault e com a esquizoanálise de Deleuze e Guattari, efetuando uma análise crítica das ações propostas e executadas a partir da reforma psiquiátrica antimanicomial.

Vivemos em uma sociedade constituída pelo colonialismo euro-americano, na qual coexistem diversos sistemas de opressão heteronormativos e racistas, que delimitam modos de existência e de realização de pesquisas científicas (Beleze & Carvalhaes, 2023). Estas e outras autoras têm destacado a importância de se ampliar o debate interseccional — incluindo questões de gênero, raça e classe no contexto da saúde mental (Oliveira, 2020; Pereira & Passos, 2017). É preciso analisarmos como marcadores ligados ao racismo e ao sexismo causam sofrimento psíquico e produzem subjetivações. Estes efeitos, assim como desigualdades e pobreza, precisam ser pautados e analisados, para que deixem de parecer naturais e inevitáveis (Beleze & Carvalhaes, 2023).

A cartografia permite nos confrontarmos com nós mesmas, ressignificando nossas relações, objetivos e articulações. Elaborar trabalhos acadêmicos narrados em primeira pessoa se associa a um uso da experiência pessoal para pensar as experiências coletivas, as encruzilhadas de vida. Uma busca de construção de conhecimento situada em determinado período e a partir de determinadas funções sociais. Experiência que não é fixa, nem estável, nem transcendental. Um fragmento narrativo sinaliza a vontade de nos colocar na pesquisa de modo a descobrir, também, uma forma própria de pesquisar, associada à tentativa de auto-invenção.

Ao nosso ver, o padrão de produção acadêmica tornou-se extremamente questionável: quais os tipos de conhecimento priorizados em nossas comunicações e transmissões? Quem são os principais autores indicados? Quais teorias embasam nossas práticas, ainda mais quando queremos desenvolver outro tipo de sociedade? Agora tornou-se evidente como a academia permanece, de modo dominante, branca e masculina. Podemos reconhecer, afinal, como estratégias de exercício de poder submetem pessoas e povos a condições de não humanidade, que não mereçam acesso a direitos que são para os privilegiados. Emiliano David (2018) apresenta, a este respeito, como o atributo de *raça* conduz a diferentes possibilidades de pessoas brancas e negras lidarem com os processos de saúde, doença e morte, indicando como se dá o racismo institucional nas políticas de saúde e a formulação de ações neste setor. O racismo, ocorre para além dos nossos contextos individuais, é expressão de algo tão disseminado e naturalizado (Almeida, 2020). No campo da saúde mental, parece-me necessária uma reorganização para enfrentamento à ideologia racista dominante, que passa pela construção de uma memória coletiva e pela reivindicação de reparação e justiça social.

As formulações de Frantz Fanon (1975) a respeito de formas de sofrimento decorrentes dos processos de racialização dos povos, articulados à colonização europeia, têm contribuído muito para uma sensibilização sobre tais temas e reivindicações. Tal como o reconhecimento da dimensão atemporal do racismo, explicitado por Grada Kilomba (2019), ao retomar os traumas e feridas que vivemos ainda hoje em decorrência da colonização e da escravização de povos de origem africana e sua diáspora.

Um percurso cartográfico sobre as relações familiares acaba por produzir outras formas de contarmos nossas histórias. Ações cotidianas, aparentemente pequenas, podem ser planejadas de acordo com os ideais que prezam pelo cuidado em liberdade e pela tentativa de garantia de direitos para todas as pessoas. No atual contexto, as implicações éticas e epistemológicas de nossas ações são indispensáveis, dadas as condições de vida da população que pesquisamos. A maioria da população atendida na rede de saúde mental, no SUS, vive em condições de vulnerabilidade associadas ao fato de serem pessoas negras/ pardas — efeitos persistentes da colonização e da escravização produzidas.

A maior parte das familiares participantes da pesquisa são mulheres, sobrecarregadas com tarefas domésticas e de cuidado de múltiplos familiares — além daqueles(as) em situação de sofrimento mental. Esta divisão de gênero tampouco tem sido problematizada nas discussões entre as equipes. Barreiras de acesso a fontes de emprego e renda carecem também de análise, no contexto da saúde mental, dada a frequente demanda por apoio à inserção no mercado de trabalho, vinda por parte de pessoas usuárias e familiares acompanhadas(os) nas redes de saúde mental. Deixarmos tais temas em silêncio não favorece mudanças que propiciem melhora de qualidade de vida e diminuição de vulnerabilidades psicossociais. Assim, um dos objetivos deste texto é contribuir para a produção conjunta de modos de construção e transmissão de saber sobre como lidar com situações de sofrimento mental entre indivíduos e suas famílias, perpassando mazelas sociais individuais e coletivas.

Metodologia

Realizamos, neste trabalho, uma análise que integra a saúde mental, tal como preconizada nas políticas públicas intersectoriais e no SUS, a obras que tratam do racismo e de seu enfrentamento. A cartografia apresentada aqui busca desenvolver instrumentos conceituais que expressem vivências da nossa cultura e da nossa práxis (Nascimento, 2019), utilizando conhecimentos críticos, inventivos, engendrados com as pessoas com quem agimos no cotidiano, buscando sensibilizações coletivas sobre os temas. Procuramos, assim, valorizar os saberes que os próprios usuários e usuárias e familiares tenham sobre si, bem como construções aprendidas e compartilhadas sobre manejos e convivências com situações de sofrimento.

A escrita funciona como exercício de pensamento e experimentação sobre nós mesmas. Ela é intercessora de mundos, de formas e forças. A aproximação dos dados pesquisados com as referências bibliográficas levantadas seguiu um método rizomático, conforme indicado por Gilles Deleuze e Felix Guattari (1995). Nesta perspectiva, mais do que interpretar fatos, propõe-se acompanhar processos, considerando afetos, gestos, discursos; analisando como as relações são (re)produzidas nas interações.

A pesquisa de campo foi feita com uma das autoras frequentando unidades de diferentes pontos de atenção na rede de saúde mental existente em Belo Horizonte. Usuários(as) passam por diferentes serviços conforme o momento do tratamento e, em cada um deles, há condições diferentes para o trabalho de acompanhamento também com os familiares. Nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), serviços de urgência, são acolhidas pessoas em situações de crise, que afetam de modo específico usuários, famílias e o entorno. Nos Centros de Convivência (CC), por sua vez, em sua interseção com a arte e as expressões culturais, há outras oportunidades de relacionamento com as famílias, pois a situação de sofrimento está mais superada, com possibilidades de retomada das atividades cotidianas.

Os espaços de ambos os serviços foram frequentados conforme a rotina de cada um: quase semanalmente no CERSAM; a cada dois meses no CC. Realizamos entrevistas coletivas com os grupos de familiares de cada um deles, a partir de convites que fizemos; e a pesquisadora/autora esteve também com as equipes nas atividades de rotina com os familiares. Outras entrevistas coletivas foram realizadas com as equipes dos serviços participantes: no CERSAM, com as duas técnicas de referência para o grupo de familiares e a gerente; no CC, com a equipe completa, conforme sugestão de uma das pessoas de referência, para que os demais técnicos pudessem contribuir com a discussão. Foi realizada imersão no campo, com acompanhamento das atividades instituídas nos serviços, e foram propostas entrevistas coletivas exclusivamente com familiares; entrevistas coletivas somente com técnicos das equipes; além das escritas e análise de diário de bordo.

Uma parte dos encontros ocorreu por meio de convite específico para conversar sobre os objetivos da pesquisa. Os convites para participação de familiares na pesquisa foram mediados pelas equipes. Bastava o interesse em conversar sobre o tema, estando apta a participar qualquer pessoa que se sentisse responsável pelo acompanhamento de seu/sua familiar na rede de saúde mental, independentemente do vínculo com o(a) mesmo(a) e do tempo de tratamento. As pessoas que compareceram nas entrevistas coletivas da pesquisa estavam, de certa forma, já inseridas nas dinâmicas dos serviços: em sua maioria mães e irmãs de pessoas em acompanhamento. A partir das conversas sobre o histórico de

tratamento, os ganhos e os desafios no percurso de cada uma das pessoas, pude perceber que marcadores de raça e referências identitárias não foram abordados. Houve maior facilidade de acompanhamento assíduo das ações nos serviços por parte de pessoas familiares brancas, que possuem, também, condições econômicas mais favoráveis.

As entrevistas abordaram o modo de participação das famílias no tratamento dos(as) usuários(as), rastreando quais os impasses e os facilitadores nas relações entre elas e as equipes de referência. As perguntas se relacionavam às mudanças das dinâmicas familiares a partir do adoecimento, tratamento e responsabilidade de familiares, seja com práticas específicas de cuidado, seja com outras ações que favoreçam ou não a estabilização e a inserção psicossocial dos(as) usuários(as).

Procuramos intervir para ouvir as famílias sobre os tratamentos de seus familiares, para analisar as relações que se estabelecem entre elas e as equipes técnicas. Seguimos sem pretensão de definir um modelo de família, pois os grupos familiares são complexos, atravessados por valorizações sociais e culturais, evidentemente influenciados pelo sistema socioeconômico em que vivemos. Nos grupos familiares há relações compartilhadas que podem estar ligadas a funções de cuidado e proteção, alimentação, socialização, representando modos de convivência que não estão sujeitos a nenhum tipo de julgamento de valor, em relação aos objetivos da pesquisa. Apesar das dificuldades que as equipes têm, por vezes, em abordar as famílias, existem inúmeras tentativas para ampliar essa aproximação.

É importante destacar que o chamado incisivo para discussão sobre o racismo e seus impactos na saúde mental ocorreu em entrevista coletiva com a equipe do Centro de Convivência, composta majoritariamente por artistas e arte-educadores: tanto para pensar sobre a composição racial da população atendida, quanto para buscar referenciais teóricos para a pesquisa que dialogassem com saberes afrodiaspóricos, evitando reproduzir somente referenciais eurocêntricos, conforme a tradição. Foi um dos aprendizados que temos retomado nas análises posteriores sobre os dados produzidos durante a cartografia.

Apostamos na possibilidade de construções de conhecimento através de epistemologias que incluam saberes leigos, para além das produções formais e acadêmicas, para a co-produção de dados. Com o método cartográfico, a intervenção faz parte do caminho percorrido, refazendo metas e objetivos durante o próprio percurso, forçando os limites de procedimentos metodológicos estanques e pré-estipulados. Processos de criação decorrentes de desvios que ocorrem quando lidamos com pessoas, grupos e instituições. O que inclui lidar com vivências de constrangimento, violência, perda de direitos e de qualidade de vida, dificuldades numerosas de cuidado de si e de outras pessoas nos círculos socioafetivos. Trabalhar no campo da saúde mental impõe reconstruir forças e superar o silenciamento de temas nem sempre tratados, mas que causam sofrimento, para muitas de nós. São possibilidades de construção de resistências antimanicomiais e antirracistas, que transversalizam nossas ações e florescem se forem cultivadas nos coletivos que compomos.

Reposicionamentos para um campo de saúde mental antirracista

Os (as) autores (as) priorizados (as) nesta cartografia têm em comum a problematização das tecnologias de poder que atuam em relações micropolíticas, sustentando a importância das relações e seu campo de efeitos. Tanto nos serviços de saúde quanto nas famílias há frequentes conflitos, com a ocorrência de encontros despotencializadores. Algumas análises envolvem a relação entre saber e poder empreendida por Michel Foucault (1999). São contribuições para uma reflexão sobre a transformação operada nas práticas assistenciais, no que concerne aos efeitos do exercício do poder e que se articulam à reforma psiquiátrica.

Dentre distintos modos de uso da noção de identidade, Patricia Collins e Sirma Bilge (2021) o desenvolvem como identidades individuais, se forem aplicados diferentemente entre os contextos sociais, tendo seu significado em construção, moldado, também, por relações de poder interseccionais. As autoras demonstram como muitos problemas sociais encontrados nas instituições incorporam ideologias e filosofias neoliberais. Podemos articular as noções de consciência e memória, pautando as relações de classe, gênero e raça — as interseccionalidades — na luta antimanicomial. Estas são multiplicidades na análise de forças que servem a práticas contemporâneas de manutenção do comprometimento da Psicologia com a busca por justiça sociais.

As formas de expressão sobre as relações indicam uma linha dura de “não participação” dos familiares nas atividades propostas nos serviços, endurecendo acolhimentos e impedindo certas construções com esse grupo — queixa recorrente das equipes profissionais. Um dos possíveis motivos para a ausência pode ser o horário em que o grupo ocorre, o que é considerado como um dificultador, por ser horário de trabalho também de familiares. São agendas difíceis de conciliar. Foi observado que a maioria das familiares que vão ao serviço são mulheres — mães dos(as) usuários(as) que também são responsáveis por inúmeras tarefas domésticas. É notável, a naturalização das atribuições de papéis de gênero e a ausência de discussão sobre as mesmas.

Há distintas considerações sobre os modelos e saberes de familiares a respeito da convivência com pessoas em situação de sofrimento mental, e conseqüentemente práticas homogeneizadoras e encarnadas nos discursos dominantes, em resposta a tais concepções. Algo que se associa ao poder normalizador da psiquiatria. No entanto, podemos observar uma conjugação que pode ser efetiva para recolocar a função da psiquiatria e de formas de controle sobre as pessoas, dependendo dos posicionamentos tomados. Ouvimos sobre famílias que desempenham papel opressor, prejudicando a autonomia dos(as) usuários(as), conforme a avaliação das equipes. Parte das dificuldades em se trabalhar com as famílias consiste na diversidade dos tipos de relações entre as pessoas que aparecem em situações concretas, tais como, a participação em eventos e viagens, auto-organização de atividades cotidianas, articulação de redes, circulação pelos territórios, entre outras.

É frequente certa institucionalização das demandas por parte de familiares e usuários(as), que indicam concepções comuns no modo de lidar com pessoas diagnosticadas. Os riscos de medicalização da assistência são acentuados, visto que práticas e intervenções que priorizam uso de medicamentos e hierarquização de saberes, dentre eles a medicina, são coerentes com a cultura e os padrões de consumo de bens e serviços na sociedade atual. As respostas dos serviços quanto a esses riscos envolvem articulações comunitárias e o desenvolvimento de atividades explicativas e de sensibilização que orientem para o cuidado em liberdade e o paradigma de atenção territorial.

Outro aspecto recorrente é a demanda por acesso ao mercado de trabalho e geração de renda. Historicamente as pessoas em situação de sofrimento e diagnosticadas como “pacientes psiquiátricas” têm sido excluídas dos processos produtivos comuns — estratégia utilizada no capitalismo que gera pobreza, baixo acesso a bens e serviços essenciais, entre outros prejuízos de direitos, para muitas pessoas e grupos marginalizados. Justamente por estas condições serem impostas a segmentos populacionais mais amplos é que precisam ser abordadas nos grupos desta política pública, não individualizando questões sociais e pactuando ações conjuntas de enfrentamento dos problemas. Além disso, acesso à formação profissional e ao mercado de trabalho tem diferenças expressivas, dependendo dos marcadores de raça (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [IPEA], 2011); mas estas condições não têm sido abordadas na rede de saúde mental. Naiara Silva et al. (2017) pontuam que os efeitos psicossociais do racismo são ainda recentes.

Deste modo, o silenciamento sobre o tema de desigualdades sociais e raciais dificulta a produção de corresponsabilização de cuidado, que é algo esperado pela política de saúde mental, com participação de sujeitos e grupos familiares nas estratégias de convivência. Acolher possíveis queixas e posições contrárias ao paradigma da atenção psicossocial favorece a construção de alianças para o cuidado em saúde mental e a defesa política deste modelo.

Algumas indicações e demandas para formação política foram feitas durante a pesquisa. É importante demarcar qual posicionamento justifica e orienta as ações de caráter psicossocial e da luta antimanicomial. Não participar, não se envolver, se omitir, são também modos de ação política que podem contribuir ou não para a manutenção de um estado de coisas. Se nos questionamos sobre quais os parâmetros existem para avaliar quadros de saúde mental, qual concepção de saúde desenvolvemos, enquanto profissionais, usuários(as), familiares, cidadãos(as), podemos desenvolver ações cotidianas que promovam melhorias nas vidas que se cruzam e que são efeitos de encontros, trabalho e investimento.

A reforma psiquiátrica brasileira é um processo em andamento e que se configura como um campo em disputa de interesses diversos. Seja em seu viés técnico, clínico e político, seja nos parâmetros para sua implementação e financiamento, vemos na conjuntura atual grupos que divergem nas suas ações e demandas ao poder público. Acrescentam-se a isso os riscos de a força constitutiva do movimento de reforma psiquiátrica ser cooptada por mecanismos disciplinares das formas atuais de gestão da vida (Giacioia, 2009). Enquanto processo nacional em andamento, desde os anos de 1970, inúmeras contribuições de Franco Basaglia (1985) têm sido utilizadas, tais como a caracterização das instituições da violência: as quais incluem a família, os manicômios, as prisões, as escolas.

Mas além da relação entre tais instituições e o funcionamento do sistema capitalista, perpetuando a reprodução de uma violência sobre os classificados como pacientes psiquiátricos e um controle sobre os mesmos, é preciso abordar alguns aspectos que nos levam à análise interseccional, que inclui as condições de raça e classe da população assistida pelas políticas públicas.

Problematizar o manicômio e suas expressões abordando as relações de raça, gênero e classe é ultrapassar os próprios muros que compõem a formação social brasileira, e trazer a público um debate que ficou apagado ao longo da construção, implementação e efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (Passos, 2018, p. 14)

Neste mesmo sentido, Melissa Pereira e Rachel Passos (2017) ressaltam que o modo de produção capitalista aprofunda a racismo e o patriarcado já existentes desde antes de seu desenvolvimento; o capitalismo mantém desigualdades e explorações de raça, gênero e classe, ao mesmo tempo em que é mantido por elas. Atuar na saúde mental, revisitando a história, permite outras construções coletivas para o presente e o futuro. Assumimos, desta forma, o compromisso em articular a luta antimanicomial às práticas de enfrentamento ao racismo — esta “relação de poder estruturante das relações sociais brasileiras” (David, 2018, p. 22).

Diferentes períodos históricos e nacionalidades denotam pontos de ressonância sobre formas de legitimação da violência que levaram a mortes concretas e subjetivas, simbólicas e físicas de pessoas em situação de sofrimento e exclusão social. Mazelas ligadas à nossa história. “O colonialismo, para além de todas as dominações injustas e violentas, foi também uma dominação epistemológica, uma relação extremamente desigual de saber-poder que conduziu à supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e/ou nações colonizados” (Santos, 2013, p. 10).

Os percursos formativos e de práticas da Psicologia têm sofrido alterações a partir dos questionamentos sobre os modos de construção de conhecimento, através da necessidade de descolonização das nossas referências (Kilomba, 2019). Com tais questionamentos, a categoria profissional tem utilizado de diversas relações institucionais, contribuindo para o debate acerca dos efeitos do. É necessário que se produzam deslocamentos até sermos capazes de descolonizarmo-nos a nós mesmas “o suficiente para acolher os sujeitos reais deste país” (Silva, 2019, p. 21). Assim, tendo aprendido com Lélia Gonzales (1984) sobre como o lugar em que nos situamos determina o modo de analisarmos o racismo e o sexismo, as questões que são investigadas na saúde mental passaram a ser redimensionadas: não seria mais possível tratar das relações entre familiares e equipes sem abordar devidamente o lugar da mulher negra na correlação de forças neste campo.

Infelizmente, as hierarquias relacionais, sociais e culturais ainda são quase as mesmas da escravatura. Nos governos nacionais do começo dos anos 2000 algumas iniciativas foram desenvolvidas no sentido de desfazer o mito da democracia racial brasileira, bem como ocorreram produções de indicadores que atestam como o racismo determina desigualdades sociais (IPEA, 2011). Essa produção contribui para ações que deixem de invisibilizar tramas históricas, destacando recortes de cor e raça (Oliveira, 2020). Construções identitárias e de pertencimento compõem condições de adoecimento e saúde. Assumir o mecanismo que impede o acesso a oportunidades em nossa sociedade é um dos passos para o combate ao racismo.

Quanto às ações de reabilitação psicossocial, como a demanda por acesso a trabalho, respeito às diferenças subjetivas, preservação e/ou ampliação de vínculos afetivos e comunitários, estas não podem ser dissociadas das caracterizações políticas, econômicas e sociais. São interações importantes para ampliarmos a convivência com pessoas em situação de sofrimento mental e com a loucura, para além dos espaços estipulados como “terapêuticos” e ocupados por profissionais “especializados(as)”.

Rachel Passos (2018) resgata, em seu trabalho, fundamentos ético-políticos do movimento da luta antimanicomial. Considerando as africanidades que compõem nossa cultura podemos fazer uma análise das relações familiares praticadas na rede de saúde mental, visando não naturalizar as violências e as práticas de controle dos corpos e os comportamentos de pessoas em sofrimento mental, estejam institucionalizadas ou não,

estejam em acompanhamento de políticas públicas ou não. As referências deixadas por teóricos(as) que ajudaram a constituir o movimento de reforma psiquiátrica podem ser desenvolvidas a partir desse contexto social e do agenciamento com as lutas em defesa de direitos, no “projeto societário de transformação” (Passos, 2017, p. 83) previsto nas origens do movimento antimanicomial brasileiro.

Percorrendo a história da colonização do Brasil, notamos a tentativa de apagamento das matrizes culturais dos povos colonizados e da herança da cultura de origens africanas. Antônio Bispo Santos (2015) apresenta formas de resistência desses povos, incluindo as manifestações de bases religiosas e a cosmovisão desenvolvida a partir da religiosidade, uma vez que o catolicismo serviu para a promoção de genocídios culturais. Ele propõe, assim, “um exercício de descolonização da linguagem e do pensamento” (Santos, 2015, p. 15) ao tratar da colonização no Brasil, inclusive pelo fato de a ideologia católica ter servido como fundamento para o processo de escravidão. Nessa direção, alguns arranjos de organização comunitária são respostas sociais que se relacionam às condições de vida e aos recursos de um povo para viver coletivamente e com dignidade, de onde se podem tirar estratégias de enfrentamento a situações que levem ao sofrimento mental.

Em outro momento histórico, no Brasil, já em fase de industrialização no século XX, as políticas desenvolvidas incentivaram funções de controle para pobres e miseráveis, como modo de regulação de mão de obra, o que persiste: uma multidão de corpos considerados fardos sociais são, ainda hoje, tratados como corpos descartáveis (Lobo, 2015). A complexidade da formação social brasileira se relaciona aos efeitos da colonialidade e à tradição de violência e crueldade articuladas nesse processo. É típica “a tenacidade do capitalismo racial como regime de distribuição desigual de violência” (Mombaça, 2021, p. 38), aspecto em relação direta com o sofrimento e a vulnerabilização da população.

Revedo documentos e marcos teóricos desse processo, podemos reelaborar perguntas sobre nossa história, no sentido de reconhecer fundamentos estruturantes da realidade e “racializarmos a história da loucura no Brasil” (Passos, 2018, p. 17). E, assim, fundamentar uma análise crítica sobre as condições que nos guiam pelos nossos ideais de luta e pelos fundamentos práticos em relação a esses aspectos. Se observarmos a história da loucura, podemos revisitar os fundamentos éticos da luta antimanicomial, construindo nossos referenciais de acordo com valores que não sejam aqueles determinados por uma elite econômica, política e intelectual (Foucault, 2010). Os valores essenciais da sociedade burguesa são analisados pelo autor, evidenciando como as definições do que é loucura, e seu modo de exclusão através da internação em hospitais, se associam a mecanismos de controle da população e de coerção ao trabalho produtivo. Referenciais religiosos cristãos, sacralização da propriedade privada, condenação de roubo e manutenção de costumes, são articulados de modo estreito, gerando uma série de efeitos nas relações sociais e nas subjetividades. As origens da abordagem cientificista da loucura estão nessa constituição dos hospitais desenvolvidos para recolhê-la. Como estrutura que encarna a continuidade da moral social, o manicômio concentra em si valores de um ideal de família e de trabalho produtivo, sustentado pela uniformização. Assim, a luta antimanicomial se orienta, fundamentalmente, contra essas normatizações e homogeneizações.

Vidas transitórias, interseccionalizáveis

A vontade de exclusão das diferenças, os preconceitos raciais e a manicomialidade enquanto referências morais concernem a todas nós. Mas as sutilezas que as experiências de sofrimento expressam em suas singularidades exigem articulações e rearticulações entre famílias, equipes, redes, pesquisadoras(es). Objetivos de melhoria de qualidade de vida — para a qual as diferentes atividades participativas são tantas vezes evocadas — requerem experimentações que não tenham somente caráter técnico e informativo. São modos de agir e nos conscientizarmos da necessidade de se firmarem lutas conjuntas para acesso a vidas dignas para todos os corpos.

Nesta pesquisa percebemos como têm se realizado os modos de produção de subjetividade na rede de saúde mental, com destaque para as relações estabelecidas entre familiares e trabalhadoras(es) desta rede. Campo este que pode se beneficiar de confluências entre a subjetividade e a cultura na criação dos mundos e microuniversos de atores sociais envolvidos, favorecendo a criação de dispositivos que contribuam para a invenção de subjetividades polifônicas e mutantes. “Não há subjetividade sem uma cartografia cultural que lhe sirva de guia; e, reciprocamente, não há cultura sem um certo modo de subjetivação que funcione segundo seu perfil. A rigor, é impossível dissociar estas paisagens” (Rolnik, 1997, p. 28). Tais noções implicam em modos específicos de abordarmos os problemas da pesquisa, para darmos ênfase aos fluxos que atravessam os sujeitos e que produzem efeitos neles.

A esquizoanálise pode ser uma ferramenta para lidarmos com grupos familiares na rede de atenção psicossocial, defendendo vidas singulares e coletivas e levando em consideração preocupações éticas ampliadas.

A esquizoanálise não optará, então, por uma modelização com a exclusão de uma outra. Tentará discernibilizar, no interior de diversas cartografias em ato em uma situação dada, focos de autopoiese virtual, para atualizá-los, transversalizando-os, conferindo-lhes um diagramatismo operatório (por exemplo, por uma mudança de matéria de Expressão) tornando-os operatórios no interior de Agenciamentos modificados, mais abertos, mais processuais, mais desterritorializados. A esquizoanálise, mais do que ir no sentido de modelizações reducionistas que simplificam o complexo, trabalhará para sua complexificação, para seu enriquecimento processual, para a tomada de consciência de suas linhas virtuais de bifurcação e de diferenciação, em suma, para sua heterogeneidade ontológica. (Guattari, 1992, pp. 90-91)

Para Roberta Oliveira (2020), vidas e diversas formas de estar no mundo, projetos de felicidade e de resistência aos mecanismos de controle e poder são potenciais criativos a serem compartilhados. Em consonância com a autora, demarcamos intenção de não compactuar com modos de inviabilização de determinadas vidas. Buscar epistemologias, tramas territoriais, políticas, sociais, incluindo territórios existenciais, pautadas no desejo de maior igualdade de oportunidades e de superação de silenciamentos. A racialização e o mito construído de uma suposta superioridade racial, correlatos à vontade de classificar, hierarquizar, subjugar e explorar povos, recursos e territórios é o que justifica a permanência de práticas e relações racistas. São dores que podem ser trabalhadas e superadas, mesmo que tenhamos pistas para ações, sem necessariamente garantias do que pode advir. Algo que acompanhe os movimentos e as oscilações das relações que temos com outros e entre nós.

Já Antônio Bispo dos Santos (2019) problematiza o modo de pensamento, o qual denomina de contracolonalista: impedir o processo colonizador de ser feito, usando um termo que nosso povo compreenda — ao invés de usar o termo decolonialidade. Ele associa a cosmologia dos povos originários e a relação de pertencimento identitário com nossos territórios. O autor propõe romper as fronteiras das instituições colonialistas, considerando-as lugares de passagem. E, ainda, aprender com as lutas de quem esteve secularmente excluído do Estado de direito e fazer alianças (Santos, 2019). Como cada território, cada local, cada comunidade tem suas regras e modos de funcionamento, podemos nos tornar vetores para outra construção dos nossos passados e consequente reatualização dos nossos valores, cientes de que nossas singularidades são sempre articuladas à história coletiva.

Em uma conversa com uma familiar, participante da pesquisa, ela fez votos de que algo pudesse brotar daquela semente jogada ali, na conversa do grupo constituído. Uma mãe que falava muito a respeito da sua filha. Pensamos que as experiências acumuladas permitem identificar elementos férteis para o desenvolvimento de novas vidas, em processos que permaneçam, a despeito das disputas de territórios e recursos que presenciamos e dos quais fazemos parte. As práticas e pesquisas em Psicologia orientadas por essa direção podem contribuir, afinal, para que contextos e pessoas possam se reconstruir a partir do que lhes afeta: que possam falar do que lhes parece importante, rompendo silenciamentos e segregações.

Para enfrentarmos o racismo, no cotidiano dos serviços, é preciso analisarmos conjuntamente como estas linhas de força se atualizam, em que medida provocam dores, conflitos e sofrimentos, considerando modos de subjugação de pessoas negras e os processos de subjetivação capitalistas (Lima, 2017). Reconhecer os privilégios que a minoria da população brasileira detém e os atravessamentos que levam a objetificação de pessoas loucas, negras ou não brancas, vulnerabilizadas pode permitir deslocamentos para não perpetuarmos relações de poder e lógicas de controle nas relações que estabelecemos.

Considerações finais

O texto apresenta discussões sobre saúde mental, racismo, relações familiares e práticas de atenção psicossocial no SUS. Ele articula conceitos do campo da psicologia social — tais como identidade, vulnerabilidades, relações sociais, entre outras — e relata experiências de atuação prática para a categoria profissional no campo da saúde mental.

No atual campo da Psicologia são necessárias práticas que permitam dar vazão às subjetividades e aos referenciais que permitam articular dimensões individuais e coletivas relacionadas ao campo da saúde mental. O texto resulta de pesquisa de doutorado que investigou estas relações, enfatizando relações entre equipes profissionais e famílias pelos serviços de saúde mental no SUS. Do ponto de vista epistemológico e político, toma familiares como construtores de conhecimento; além de incluir análises em diálogo com interseccionalidade no campo da saúde mental, o que ainda é incipiente. Persistem, contudo, riscos de se tratar a família como modelo ou padrão; e as vivências de cada serviço, grupo familiar e território permitem o rastreamento de forças sobre as singularidades das relações estabelecidas em cada contexto.

Escrever sobre si, sobre nós, permite que refaçamos posicionamentos, sustentando indagações sobre o nosso próprio fazer, em prol de construções comuns. Implica em estarmos dispostas a falar sobre o que não é falado, sobre assuntos muitas vezes interrompidos com intenção de silenciar e negar certos fatos históricos. Fazer leituras que inspiram outras poéticas para o trabalho, cujo caráter político não é desconsiderado, permite ir além de ressentimentos e contribuem para práticas profissionais revitalizadas. Criando possibilidades de vida. Buscando, enfim, contribuir para um exercício da Psicologia que aposte em compromissos éticos para gestão do cuidado em saúde mental e para modos de relacionar com a loucura que respeitem as singularidades das pessoas e das situações sociais, considerando as especificidades de grupos familiares com os quais lidamos nas políticas públicas.

Sejamos antirracistas, antimanicomiais e contracoloniais na saúde mental.

Referências

- Almeida, Silvio Luiz (2020). *Racismo estrutural*. Jandaíra.
- Beleze, Natalia & Carvalhaes, Flávia (2023). Pode Stella do Patrocínio falar? Guerrilhas linguísticas no hospital (colônia) Juliano Moreira. *Abatirá - Revista De Ciências Humanas E Linguagens*, 4(7), 107-129. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/abatira/article/view/14983>
- Collins, P. H. & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade*. Boitempo.
- David, E. (2018). *Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil* [Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo/SP].
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1995). *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Ed. 34.
- Fanon, F. (1975). *Pele negra, máscaras brancas*. Paisagem.
- Foucault, M. (1999). *Microfísica do poder*. Graal.
- Foucault, M. (2010). Nascimento do asilo. In *História da Loucura na Idade Clássica*. (pp. 459-503). Perspectiva.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Graal.
- Giacoaia, O. (2009) Reforma Psiquiátrica e Universidade: Uma passagem por Foucault. In A. M. Lobosque (Org.), *Caderno de Saúde Mental, Universidade e Reforma Psiquiátrica, interrogando a distância* (pp. 75-86). Escola de Saúde Pública de Minas Gerais.
- Gonzales, L. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Ciências Sociais Hoje* (Anpocs), 223-244.
- Guattari, F. (1992) *Caosmose: um novo paradigma estético*. Ed. 34.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. (2011). *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. Autor.
- Kilomba, G. (2019) *Memórias da plantação*. Cobogó.
- Lima, Tulíola. A. S. (2021). *Por uma política da multiplicidade na relação entre famílias e equipes na saúde mental* [Tese de Doutorado em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG].
- Lima, Fátima (2017). Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras. In M. O. Pereira & R. G. Passos (Orgs.), *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 70-88). Autografia.
- Lobo, L. (2015). *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Lamparina.
- Mombaça, J. (2021). *Não vão nos matar agora*. Cobogó.
- Nascimento, A. (2019). *O quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista*. Perspectiva.
- Oliveira, Roberta G. (2020). Racismo e suas expressões na saúde. In Patrícia Carlos Magno & Rachel Gouveia Passos (Orgs.), *Direitos humanos, saúde mental e racismo: diálogos à luz do pensamento de Frantz Fanon* (pp. 58-70). Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.
- Oliveira, Regina M. Souza. (2020). Cheiro de alfazema: Neusa Souza, Virgínia e racismo na Psicologia. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(nspe.), 48-65. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672020000300005
- Passos, Rachel Gouveia (2017). ‘De escravas a cuidadoras’: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. *O Social em Questão*, 2(38), 77-94. <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=533&sid=53>
- Passos, Rachel Gouveia (2018) “Holocausto ou Navio Negroiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10-22. <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>

- Pereira, M. O. & Passos, R. G. (2017). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Autografia.
- Rolnik, S. (1997). Uma insólita viagem à subjetividade, fronteiras com a ética e a cultura. In Daniel Lins (Org.), *Cultura e subjetividade: saberes nômades* (pp. 25-34). Papirus.
- Santos, A. B. (2015). *Colonização, quilombos: modos e significações*. INCTI/UnB.
- Santos, A. B. (2019). As fronteiras entre o saber orgânico e o saber sintético. In A. R. Oliva et al. (Orgs.), *Tecendo redes antirracistas: Áfricas, Brasis, Portugal* (pp. 23-36). Autêntica.
- Santos, B. S. (2013). *Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade*. Almedina.
- Silva, L. G. (2019). Racismo tem dessas coisas: construção de posicionalidade e postura descolonizadas. In Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (Org.), *Núcleo de Relações Raciais: percursos, histórias e movimentos* (pp. 16-22). Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul.
- Silva, N., Barros, S., Azevedo, E., Batista, L. & Policarpo, V. (2017) O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 100-114. <https://www.scielo.org/article/sausoc/2017.v26n1/100-114/>

TULÍOLA ALMEIDA DE SOUZA LIMA

<https://orcid.org/0000-0002-9788-9592>

Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Professora do Curso de Especialização em Saúde Mental da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

E-MAIL: tuliolaa@gmail.com

ROBERTA CARVALHO ROMAGNOLI

<https://orcid.org/0000-0003-3551-2535>

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Professora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

E-MAIL: robertaroma1@gmail.com

Histórico	Submissão: 31/07/2023 Revisão: 29/09/2023 Aceite: 30/09/2023
Contribuição dos autores	Concepção: TASL Curadoria de dados: TASL Análise de dados: TASL; RCR Redação do manuscrito original: TASL; RCR Redação - revisão e edição: TASL
Financiamento	O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Código de Financiamento 001. Edital n. 41/2018.
Aprovação, ética e consentimento	A pesquisa foi aprovada no comitê de ética de referência e cadastrada pelo CAAE 01247618.0.3001.5140.