

ENCARCERAMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA

BREVE PERCURSO DAS INTERFERÊNCIAS RACISTAS NA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Tânia Abreu da Silva Victor

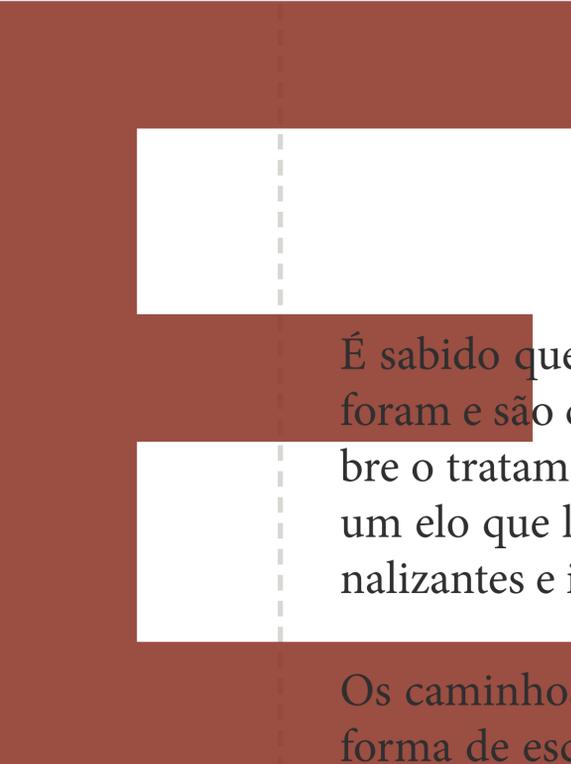
Doutora em Psicologia Social pelo PPGPS-UERJ.
Professora do curso de Psicologia na Universidade
Veiga de Almeida (UVA).

Psicóloga do Departamento Geral de Ações
Socioeducativas (DEGASE).

Aimê Alves Pereira

Mestranda em Atenção Psicossocial pela
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(UFRJ).

Graduada em Psicologia pela Universidade
Veiga de Almeida (UVA).



É sabido que no Brasil as configurações sociais e as próprias instituições foram e são construídas a partir de um escopo racista. Quando se fala sobre o tratamento da loucura no país, isso não é diferente. Há, na história, um elo que liga o percurso da Psiquiatria brasileira aos processos marginalizantes e institucionalizadores da população negra do país.

Os caminhos que levaram parte da população africana para o Brasil, em forma de escravizados nas caravelas europeias, marcaram a história com derramamento de sangue desde o século XV, quando barcos portugueses aportaram na costa e os colonizadores se espalharam nas terras em busca de explorar pedras preciosas, especiarias, tecidos e, claro, pessoas. O comércio de escravizados já existia no continente africano e, por insistência da parte portuguesa, foram realizadas trocas comerciais de bens materiais e escravizados. Albuquerque e Filho (2006) narram a invasão portuguesa da África nos meados do século XV e o tráfico transatlântico de africanos, iniciado em meados do século XVI para o Brasil, apontando as condições insalubres, alta da mortalidade infantil e o número estimado de 11 milhões de pessoas, contando homens, mulheres e crianças. Na colônia portuguesa, aqueles que sobreviviam às viagens nos navios negreiros eram vendidos e submetidos ao trabalho forçado, e o tráfico de escravizados se tornou, no século XVI, o negócio mais lucrativo para a Coroa Portuguesa.

A contínua compra de escravizados, por parte de Portugal para trazer até o Brasil, pode ser explicada a partir da compreensão de que as condições a que as pessoas enfileiradas nos navios e a forma como eram tratadas ao chegar em terra firme não favoreciam a vida humana. Homens, mulheres e crianças não tinham nenhum acesso a condições de saúde, alimentação ou conforto que pudesse ser considerado adequado para a sua sobrevivência. As doenças, a morte por frio e fome, a quantidade desproporcional de mulheres para homens e a desconsideração com o cuidado, especialmente com as crianças, não permitiam que essas pessoas sobrevivessem por tempo suficiente no trabalho nas fazendas. Assim a solução encontrada para manter o número de sujeitos fortes o bastante para se manterem de pé em seu trabalho forçado demandava a importação de mais escravizados

(CONRAD, 1985).

Os números que contabilizam a importação de escravizados por Portugal para o Rio de Janeiro chegam, segundo Florentino (2001), a 700.000 africanos entre 1790 e 1830, um intervalo de apenas 40 anos. Ao contrário do que a história embranquecida ensina, não havia passividade por parte dos negros escravizados. Eles se revoltavam contra a opressão a que eram submetidos e muitos deles fugiam das terras e poderes de seus senhores para comunidades que viriam a ser conhecidas como quilombos. Esses quilombos reuniam, além dos negros fugitivos e dos poucos libertos, indígenas também fugidos da escravidão imposta pelo homem branco e alguns poucos brancos em conflito com as leis da época. O mais conhecido é o Quilombo dos Palmares que, no século XVII, ocupava a Serra da Barriga em Alagoas. A resistência de Zumbi dos Palmares se tornou símbolo para as comunidades quilombolas, mesmo após sua execução. As expedições bandeirantes apresentavam ameaças para essas comunidades, com os capitães-do-mato que saíam em busca dos fugitivos, com o objetivo de os levarem de volta aos seus senhores (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006).

Paralelo ao já citado tráfico intenso no período de 1790 a 1830, revoltas e mais revoltas eram fomentadas pelos escravizados. A revolta no Haiti, que, em 1791, tirou daquele território as forças colonizadoras francesas, era temida por parte dos senhores no Brasil, que vislumbravam tentativas semelhantes por parte daqueles que eram escravizados em suas fazendas. As demais colônias americanas já haviam abolido a escravidão. As tentativas abolicionistas se iniciaram no território brasileiro com a Lei Feijó (1831), que proibia o tráfico de negros escravizados vindos de África para o Brasil, mas que foi ignorada em termos práticos, já que seus infratores sequer eram punidos, sendo encerradas com a assinatura da Lei Áurea, em 1888.

Em 1852, enquanto as políticas abolicionistas ainda não haviam sido finalizadas, o Hospício de Pedro II foi inaugurado no Rio de Janeiro como sinônimo de avanço tecnológico e científico, igualando os procedimentos a respeito da loucura às práticas popularizadas por Pinel na Europa. O tratamento do louco nesses espaços era feito a partir do isolamento social, trabalho forçado e tortura realizada principalmente com eletrochoques (TEIXEIRA; RAMOS, 2012). A partir daí, os sujeitos tidos como “alienados”, desprovidos da razão, eram recolhidos pelo Estado e enclausurados nos manicômios. A maioria dessas pessoas eram negras, institucionalizadas por serem “negros, espíritas, vagabundos e degenerados¹” (TARELOW, 2013).

O aprisionamento manicomial da população negra no Brasil foi facilitado na época graças à marginalização imposta pela Lei Áurea, assinada em

1888, que “libertava” os escravizados sem qualquer projeto ou intenção de inseri-los na sociedade de maneira efetiva, privando-os de qualquer cidadania e condenando-os a ocupar subempregos, com as condições que os empregadores bem entendessem, fazendo manutenção da configuração social e política em que o negro era visto e estabelecido como inferior ao branco. A lei assinada pela Princesa Isabel apenas atendia às exigências inglesas para continuidade de relações econômicas, nada foi concedido àquela população que há anos já lutava por sua liberdade com revoltas e estabelecimento de comunidades quilombolas (MOURA, 2019).

O Estado, a Igreja, ou qualquer outra instituição importante da época, eximiram-se da responsabilidade de fornecer maneiras cabíveis de alcançar a independência, com educação, moradia, ou qualquer auxílio adequado. Assim, segundo Fernandes (2008), os senhores, que agora não tinham mais qualquer responsabilidade sobre aquelas pessoas, viram-se sem os gastos anteriores e numa situação confortável em que foram indenizados pelos prejuízos da abolição e a população que fora recém libertada tinha que decidir entre se submeter a condições de trabalho análogas à escravidão ou migrarem para outras regiões, assumindo uma posição de desocupados.

A população negra recém liberta da escravização se via ocupando os cortiços, às margens literais de centros urbanos como o Rio de Janeiro e parte de um processo de embranquecimento imposto pelo próprio Estado. Ao ignorar a necessidade de inserir esses sujeitos em configurações dignas e de exercício de cidadania, o governo brasileiro os condenou à institucionalização compulsória, quando estes eram alvo dos projetos de higienização das ruas das cidades.

Com o fim do regime monárquico e a abolição da escravatura, o mercado brasileiro mudou e em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, ocupadas pela burguesia branca que, detentoras dos meios de produção, não se abria espaço para a população negra ocupar qualquer posição que não fosse servil e de subserviços. Não havendo, assim, maneiras da população negra ser inserida nos espaços de educação para que fosse possível sua inserção de forma sadia nos novos modos de funcionamento do país (FERNANDES, 2008). Os negros, que, em sequência à abolição, se ocuparam de trabalhos manuais e artesanais na economia pré-capitalista, foram jogados posteriormente às margens literais dessas grandes cidades, ao serem condicionados a serviços braçais que poderiam ser realizados por pessoas sem instrução, financiamento econômico ou mesmo oportunidades reais de cargos menos subalternizados. Formada a camada burguesa e capitalista com os brancos brasileiros e estrangeiros, sobrava ao negro o lugar de operário.

De maneira paralela, desde a inauguração do Hospício de Pedro II, as movimentações políticas a respeito da necessidade de higienização das ruas do Brasil, para livrá-lo de sua população louca, cresceram e levaram à criação de manicômios, incluindo o Manicômio Judiciário e à fertilização do terreno social onde nasce a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923. A Liga era movida por perspectivas xenofóbicas e racistas que relacionavam a loucura e emergência psiquiátrica aos negros, indígenas e à parte estrangeira proletária do país, procurando explicar as causas do alienismo a partir da biologia, fundamentada em preconceitos e eugenismo².

Como apresentado por Costa (2007), a Liga foi fundada em 1923 no Rio de Janeiro, com um objetivo assistencial para os loucos, a partir de estabelecimentos psiquiátricos, seguindo os ideais do médico psiquiatra Gustavo Riedel até 1925, quando as políticas da Liga mudaram seu caminho, com uma nova compreensão a respeito da prevenção inicialmente proposta que, a partir de 1926, visava a um cuidado da loucura de maneira pré-patogênica, quando indivíduos “normais” passam a ser alvo dos médicos, para que não viessem a se tornar doentes. As teorias eugenistas da época, ao buscarem tratar desses sujeitos previamente, embasavam seus diagnósticos em características morfológicas como o formato do nariz, lábios, queixo e crânio, ao comparar os sujeitos negros aos brancos, e aqueles teóricos e estudiosos que não abordassem essa perspectiva em seus estudos sequer eram levados em conta no meio acadêmico, firmando as políticas médicas em uma lógica racista (MUNANGA, 2004).

Assim como considerado em 1880 por François Jouin, em texto traduzido por Christian Greis (2012), a concepção de que a alienação mental era um produto de uma sociedade avançada e que, por isso, havia uma baixa ocupação de negros e índios nos manicômios, Franco da Rocha (1896) afirmava que a raça negra, em sua inferioridade mental, sofreria de uma loucura diferente daquela que os sujeitos brancos e superiores experimentavam (apud MACHIN; MOTA, 2019). Esta teoria, somada aos objetivos da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), serviu de base, ainda, para projetos de 1929 em que crianças negras, chamadas “delinquentes”, passavam por processos de análise e institucionalização por parte de psiquiatras paulistanos que deviam, por projeto do governo, estudar as decorrências delinquentes antes que estas iniciassem e, assim, alcançar uma sociedade paulistana pura, em que não eram incluídos sujeitos negros (SERRA; SCARCELLI, 2014).

A parcela negra da população manicomial, diagnosticada em grande parte com sífilis e imbecilidade, não era registrada com a loucura moral dos brancos, o que tornava os espaços manicomiais heterogêneos e considera-

dos perigosos aos internos brancos por terem contato com as debilidades aparentes nos sujeitos negros, por serem negros. Nas palavras de Fanon (1961):

(...) o colono faz do colonizado uma espécie de quintessência do mal. (...) Elemento corrosivo, que destrói tudo o que dele se aproxima, elemento deformador, que desfigura tudo o que se refere à estética ou à moral, depositário de forças maléficas, instrumento inconsciente e irrecuperável de forças cegas. (...) Os costumes do colonizado, suas tradições, seus mitos, sobretudo seus mitos, são a própria marca desta indigência, desta depravação constitucional (p. 30-31).

As ideias de saneamento e higiene defendidas pela Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) eram, então, ligadas diretamente à necessidade de lidar de forma violenta com os sujeitos negros, afastando-os dos centros comuns de convivência, já que crescia o consenso de que as epidemias no país eram culpa daqueles recém libertados do regime escravocrata e que estes, além de tudo, atrasavam o caminho para o progresso (COSTA, 2007; BARROS; BATISTA, 2021).

O século XX, portanto, fortemente marcado pelo racismo científico³, fazia a manutenção constante do lugar ocupado pelo negro no Brasil, o não-lugar, como coloca Fanon (1961), em que o negro é o outro e onde a outridade tira seus direitos e caminhos para o pertencimento. Este mesmo lugar foi reforçado durante o período da Ditadura Militar, quando os movimentos negros foram hostilizados e perseguidos e que a coleta de dados como raça/cor nos manicômios era combatida, buscando reaproximar-se dos objetivos de Rui Barbosa, em 1899, que trabalhavam para apagar da história do Brasil a “mancha negra” da presença dos recém libertados (NASCIMENTO, 2016). Os dados das décadas de 1960 em diante são pouquíssimo confiáveis, mas registros fotográficos das ocupações dos espaços dos presídios manicomial não deixam dúvidas de qual era a população predominante nessas instituições e que a grande maioria nem sequer tinha registros de doença mental, “eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (BRUM, 2013).

Jurandir Costa (2007), ao falar da Psiquiatria no Brasil, apresenta que os sujeitos negros e mulatos eram muito mais suscetíveis a doenças como sífilis e alcoolismo devido às suas condições de vida marginalizadas pelo Estado, colocando-os em uma situação de fragilidade que os tornava alvo claro da institucionalização manicomial, a fim de que esses sujeitos, que

manchavam a civilização branca planejada e almejada, fossem retirados das ruas. O autor continua ao pontuar que a Psiquiatria brasileira escolheu ignorar fatos como a brutalidade sexual a que mulheres negras eram submetidas, tanto por seus senhores quanto pela prostituição a que foram condicionadas graças ao já citado abandono estatal e que isso as tornava vítimas da sífilis muito mais do que as mulheres brancas. Colocando, assim, os sujeitos negros como portadores de uma debilidade ou alienação de inferioridade moral, graças aos fatores genéticos que se relacionavam aos negros. O mesmo acontecia com a relação estabelecida entre homens negros e alcoolismo: ignoravam-se as condições sociais a que estes homens foram submetidos e como isso poderia vir a afetá-los em termos de sua saúde psíquica e da maneira auto-degradante que eles encontrariam para lidar com isso.

Ao colocar a população negra nos manicômios, o Estado se livrava de parte da camada que incomodava a elite branca brasileira e usava as instituições como uma das formas de se livrar do negro no Brasil. O já citado projeto de embranquecimento impulsionava a entrada de imigrantes pobres europeus, substituindo a mão de obra negra e incentivando a miscigenação. Em 1911, uma população completamente livre da “mancha negra” já era projetada e almejada, vista como o destino certo do país que chegaria ao final do século XX sem a presença de sujeitos negros na sociedade. Jean Baptiste discursava, inclusive, sobre os mulatos e seus desejos de estabelecer relacionamentos com pessoas brancas, a fim de que fossem se aproximando, geração após geração, da pele mais alva quanto possível (SOUZA; SANTOS, 2012).

Esse incentivo ao embranquecimento populacional, impulsionado pela ideia de uma democracia racial⁴ criada por Gilberto Freyre, a fim de purificar a população brasileira da “mancha negra”, levou a um afastamento dos negros brasileiros de sua própria identidade, mudando a forma como se viam. De acordo com Nascimento (2016), a maneira violenta como o ideal branco foi inculcado na subjetivação da população negra brasileira fez com que ela se afastasse ideológica e identitariamente de sua negritude⁵, ao acreditar que reconhecer a si mesmo como pessoa negra ou mesmo associar-se à religião, à música, aos espaços e às comunidades negras seria prejudicial para sua posição social, seus desejos de ascensão, seus caminhos trilhados em busca de alcançar o ideal embranquecido de ser considerado humano, afinal o negro tornara-se símbolo e sinônimo do que é negativo (MOURA, 1983). Assim, pessoas negras passaram a usar termos como “mulato”, “pardo”, palavras primeiramente escolhidas pelo colonizador, para referirem-se a si mesmos, recusando aquilo que os deixava mais próximos da negritude e colocando-se como “quase” brancos, a fim de que pudessem ocupar os espaços que lhes eram negados. Neusa Souza (2021)

corroborar com essa compreensão e é possível fazer um aprofundamento a partir de suas contribuições, considerando que, para ela, há uma desigualdade introjetada no universo psíquico dos sujeitos, algo que os compele ao afastamento da negritude a ponto de nomear-se negro ser algo inadmissível.

Essa série de violências que compõem a base estrutural da sociedade brasileira leva à criação de estereótipos numerosos ligados à negritude que fazem manutenção do lugar de inferioridade em que a branquitude⁶ aloca os sujeitos negros. Figuras como o “Crioulo Doido”, a “Negra Maluca”, assim como estereótipos do homem negro que é estuprador e bandido vêm como herança do modelo escravocrata que organizou as Américas por séculos, como pontuam Davis (2016) e Gonzalez (2020), e lamentavelmente ilustraram e ainda ilustram peças humorísticas, banhadas no racismo recreativo. Racismo recreativo, por sua vez, é entendido como um projeto de dominação social que vai além de vontades e impulsos individuais, baseado na ideia de uma inferioridade racial que, nessa posição, gera humor em microagressões, fazendo manutenção da prevalência e dominação da raça branca sobre outras (MOREIRA, 2019). Ao associar o negro à loucura, à violência, à brutalidade e ao alcoolismo, o branco estabelece um modo de socialização que coloca um enorme alvo nas costas desses sujeitos que são os primeiros suspeitos, culpados e condenados daquilo que é considerado negativo.

Ainda no século XX, o tratamento das loucuras e o campo da Saúde Mental passam por mudanças radicais. Durante o período da Ditadura Militar, os manicômios eram usados, mais uma vez, como forma de aprisionar e tirar das vistas da sociedade aqueles sujeitos considerados inapropriados para a vida em comunidade. O Hospital Colônia, inaugurado em 1903 e mantido em funcionamento até os anos 80, aprisionava pessoas com diagnósticos padronizados com o único objetivo de mantê-las em um espaço em que eram obrigadas a conviver com os próprios excrementos, ratos e cadáveres que um dia foram pacientes. Essas pessoas eram vítimas da fome, do frio, da inexistência de saneamento básico, da violação de direitos, da tortura por eletrochoque e da negação de suas subjetividades. Eram forçadas a uma condição em que ser alguém lhes era impossível, violentados em suas individualidades, desejos e necessidades. Segundo dados documentados por Arbex (2013), milhares de vidas foram encerradas dentro dos muros protegidos por intenções eugenistas da Colônia. Denúncias feitas resultaram em demissões, apagamento de registros e mais tortura. A Ditadura Militar intensificou estas violências e aumentou a população psiquiátrica quando a internação de novos pacientes era recompensada e incentivada com diárias pagas aos hospitais psiquiátricos.

Registros fotográficos do Hospital Colônia permitem observar a predominância de pessoas negras naquele manicômio. O mito da democracia racial se torna cada vez menos sustentável, apesar de permanecer no imaginário social pautado nas ideias de que somos todos iguais e temos as mesmas oportunidades. As atrocidades que aconteciam na Colônia levaram anos até sua notificação e a movimentação dos trabalhadores da Saúde Mental deu início aos primeiros momentos da Reforma Psiquiátrica brasileira, já iniciada na Itália, com Franco Basaglia.

No Brasil, figuras como Nise da Silveira e Dona Ivone Lara são emblemáticas quando o assunto é a Reforma. Nise, médica psiquiatra, foi pioneira no tratamento humanizado da loucura, iniciando práticas terapêuticas únicas já na década de 50. Dona Ivone Lara, cantora, compositora, enfermeira e assistente social foi outra figura importante na história da Reforma Psiquiátrica. Mulher negra, carioca e vinda do subúrbio, ocupava um espaço de resistência e representa ainda hoje uma posição de força e importância para mulheres negras na saúde e assistência social. Trabalhou no campo da saúde mental ao lado de Nise e foi a responsável pela criação do “Dia para os Doentes”, em que se dava espaço para que os pacientes se apresentassem com música e dança, impulsionados pelo tratamento humanizado de Nise que também utilizava as artes nas práticas terapêuticas (SCHEFFER, 2016). O olhar dedicado por elas à esquizofrenia permitia que os loucos encontrassem sujeitos em si mesmos, trabalhando a partir da compreensão de que a loucura não devia ser tratada com tortura ou isolamento, mas com sensibilidade e cuidado. Ainda sobre a Reforma, novos modos de tratar a loucura foram pensados e discutidos. As condições observadas nos hospitais psiquiátricos passaram a ser denunciadas em 1978, no ano seguinte foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Em 1987 o movimento antimanicomial e, em 1989, ano seguinte à Constituição e estabelecimento de direitos diversos à pessoa humana, Paulo Delgado apresentou o projeto de reforma psiquiátrica, sancionado e aprovado apenas em 2001, 12 anos depois, a Lei 10.216/2001 (CFP, 2013).

Em 1990, foi aprovada a Lei do SUS, a 8.080/1990, que garante a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado em seu lugar de provedor dela. Garantir esse direito levou a mudanças na maneira como a saúde era administrada no país, deixando de ser acessada apenas por uma classe operária específica, passando a espelhar modelos de outros países do mundo que trabalhavam de maneira assistencialista para garantir o acesso comum aos dispositivos de saúde. Assim, fica como responsabilidade do Estado regulamentar e pensar em estratégias que levassem a saúde a todas as pessoas, sem distinção de raça, religião, classe social. Somada à Constituição, as garantias de seguridade à população pretendiam alcançar todas as esferas sociais, incluindo o trabalho, o lazer, a educação, a prote-

ção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados (BRASIL, 1988; 1990).

A Lei 10.216/2001 dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e vem como uma ferramenta legal que assegura as políticas reformadas de saúde mental e é fortalecida em 2002 com a Portaria 336 que estabelece a construção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seus trabalhos a partir de suas especificidades que consideram as demandas e necessidades dos territórios que atendem. A própria compreensão de território em saúde mental tem sua importância para o tratamento dos usuários dos serviços: compreender os territórios é estar apto a compreender, também, os agentes e ferramentas sociais que se apresentam para o profissional atuante e que possibilitam formas de trabalho que visam atingir o maior objetivo da Reforma e da Lei 10.216 e da Portaria 336/2002 que é a reintegração em sociedade e o compromisso estabelecido legalmente de que os dispositivos de atenção psicossocial devem trabalhar na produção de autonomia e dialogar com a comunidade, já que existe o entendimento que a mudança não pode estar apenas no papel, com teorias e leis assinadas, mas com mudanças efetivas no imaginário social e nas compreensões comuns a respeito do louco e de seus direitos à cidadania (YASUI, 2010; BRASIL, 2001; 2002).

A Portaria 336/2002 determina que os CAPS devem seguir em suas modalidades a partir do contingente populacional de cada município em que são inseridos e se apresentar aptos para atender às demandas psicossociais da população. A equipe, composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outras especialidades, a depender da necessidade, atuam como porta de entrada para outros serviços do próprio SUS e acompanham os usuários e suas famílias, entendendo que as demandas são múltiplas e intersetoriais e, portanto, não devem ser atendidas ou pensadas de maneira restritiva, devem considerar o sujeito em suas múltiplas facetas e pensar em conjunto com a equipe, o usuário e a família em estratégias de trabalho, nunca se esquecendo de que o CAPS não deve ser um novo manicômio com muros altíssimos, tratamentos individualistas e ligados apenas à condição médica. Ao contrário, o CAPS tem a responsabilidade de integrar a comunidade ao seu trabalho e os usuários à comunidade, entendendo que o isolamento nunca foi uma maneira possível para se tratar da loucura (BRASIL, 2002; YASUI, 2010).

As leis e portarias que amparam os sujeitos com transtornos mentais são novas, assim como as políticas públicas para garantia de seus direitos. Mais novas ainda são as leis e portarias de garantia de direitos para a população negra brasileira. Com um histórico e números de violências sofridas, mortes e descasos por parte do Estado, a população negra foi negligencia-

da e violentada desde os primórdios da constituição do Brasil. Largados à própria sorte, homens, mulheres e crianças negras foram submetidos a anos e mais anos de privação de direitos e inobservância. Como tentativa de mudar esse quadro, políticas públicas foram elaboradas, passando a pensar em formas de reparar os danos causados pela escravização e suas consequências acumuladas ao longo das décadas desde a Lei Áurea. Ainda que recentes, essas políticas estruturam mudanças necessárias para a prática efetiva da cidadania dessa população.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovada em 2009 e tem, em sua própria descrição, os aspectos que a fazem necessária. A partir dos princípios de integralidade, universalidade, descentralização e igualdade do SUS e da Constituição, entendeu-se que as políticas vigentes desde que se estabeleceu a Lei 8.080 demandavam, ainda, que houvessem caminhos específicos para fazer com que a população negra brasileira chegasse a usufruir de seus direitos. A herança escravocrata brasileira deixou marcas que muito dificilmente serão apagadas com o tempo e jogou para a margem das condições de dignidade do país uma população que passou por séculos de escravidão e que, com a alforria, foi deixada ao léu pelo Estado e qualquer outra instituição de poder brasileira. Dessa forma, a PNSIPN tem como objetivo a promoção integral de saúde à população negra, priorizando a diminuição das desigualdades raciais, o combate ao racismo e à discriminação nos serviços do SUS. Isso sem fazer distinção do lugar onde essa população reside e enfatizando a importância de tratar a respeito das relações raciais nos cursos de formação de profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

A Lei 12.288/2010 institui o Estatuto da Igualdade Racial com o objetivo de garantir a efetivação da igualdade de oportunidades e o combate à discriminação e outras formas de intolerância étnica. Esta lei também institui políticas afirmativas de inclusão, as “cotas” e as políticas públicas como ferramentas no combate ao racismo. Cabe levantar o questionamento a respeito da aplicação desta lei, considerando que estabelece como racismo práticas explícitas, como injúria racial e discriminações nomeadas nos âmbitos sociais. Sabendo que o racismo no Brasil é parte da estrutura da construção nacional e pilar das instituições, fica evidente que ações racistas individuais, grupais, estruturais ou institucionais vão se perpetuar como aprisionantes dos sujeitos negros brasileiros. São as polícias que matam, os serviços de saúde que não alcançam, as universidades que dificultam o ingresso ou que sequer leem autores negros. São também os discursos conservadores a respeito da população em situação de rua, dos CPFs cancelados ou de quem tem ou não “cara de bandido”. Não falando, é claro, de quem são as babás, as empregadas domésticas ou as personalidades secundárias em conteúdos de mídia (BRASIL, 1989; 2010; ALMEIDA, 2019;

MOURA, 2019). É possível, então, perceber como a negritude e o campo da Saúde Mental, considerando o tratamento da loucura, conectam-se, levando em conta as mudanças paralelas que ocorrem nos dois campos. E, claro, a maneira como a importação de práticas europeias de tratamento da loucura foi utilizada como mais uma arma no arsenal de modos racistas e genocidas de lidar com os sujeitos negros no Brasil.

Desde os sequestros e imigração forçada de pessoas escravizadas, tidas como mercadoria a ser importada através dos mares, o negro e tudo o que compunha a negritude como vivência e representação social foi demonizado, atingido pelo ódio vindo do colonizador. A população negra precisou ocupar o lugar de resistência que garantiu sua sobrevivência, possibilitando sua revolta e reivindicando seus direitos. Apesar de seu genocídio orquestrado pelas políticas de embranquecimento e pela violência policial, os sujeitos negros continuam a resistir, marcando seus espaços, vivendo suas crenças e defendendo-se, apesar da branquitude, dos estereótipos impostos, das violências sofridas e das negligências. O elo que liga o negro e a loucura, ao contrário do que afirmavam os médicos formados a partir do racismo científico, não seria sua inferioridade mental, degeneração ou delinquência naturais, mas a necessidade do Estado de controlar corpos indesejados, de institucionalizar corpos que haviam sido libertados, colocá-los em novas condições de subserviência.

Um outro elo que liga o negro ao lugar do delinquente/perigoso pode ser estabelecido entre o percurso histórico das políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente no Brasil, a partir do Código de Menores 1927 como política de governo de abrigamento/encarceramento de crianças e adolescentes que, em sua maioria negros, considerados em situação irregular, pobres, vítimas de maus-tratos e alguns com desvios de conduta, poderiam ser retirados de suas famílias em qualquer tempo. Nesta lógica não estava prevista a instituição de direitos, mas uma medida preventiva e repressora que visava à punição dos não ajustados, política que atendia aos interesses das classes dominantes do Brasil (COSSETIN; LARA, 2016). Com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) passaram de situação irregular, como preconizava o Código de Menores, para sujeitos de direitos. Mesmo com os avanços propostos pelo ECA na proteção integral, ainda se faz necessário problematizar a população que compõe o Sistema Socioeducativo. Conforme Arruda (2021), ao apresentar um breve panorama dos jovens em restrição e privação de liberdade no Brasil, dos anos que compreendem 1996-2017, o número de jovens no sistema passou de 4.245 para 25.063. Quando considerada a perspectiva de gênero, em 2017, 25.063 do sexo masculino e 1.046 do sexo feminino. Para o período que leva em consideração o recorte racial, entre 2013-2017, 58% eram negros. Esses dados revelam o aumento de medidas repressivas que

atingem especialmente a juventude negra e pobre.

Compreender a História, lê-la fora das lentes brancas e embranquecedoras que colocam o negro no “outro lado”, sem se comprometer com a apresentação de qualquer perspectiva além da do colonizador, permite que se perceba que a docilidade e passividade daqueles que foram violentados nunca foi a regra. Houve e há luta, busca por melhores condições de vida e, claro, organização coletiva. Organização que surge desde os quilombos e que só não aparece nos livros com o destaque e protagonismo devido, porque muito interessa aos que oprimem que esse lado da História permaneça enevoado.

NOTAS

1. O uso do termo “degenerados” surge, segundo Seixas, Mota e Zilberman (2009), em 1857, já de acordo com as lógicas eugenistas de progresso e racionalidade, em que se compreendia que tal degeneração era passada de maneira genética, como uma ameaça social, o que alimentou ideias posteriores de higienização da população brasileira.
2. O que se entende por “eugenia” foi criado por Francis Galton, em 1883, e se refere àquele que é “hereditariamente dotado de qualidades nobres” (GALTON, 1883, p. 24, tradução nossa). A seleção dos seres humanos a partir de suas características hereditárias, visando “melhorar” as gerações futuras.
3. O racismo científico é a crença em uma superioridade ou inferioridade racial baseada e justificada em teorias e evidências racistas hoje superadas (MUNANGA, 2004).
4. Democracia racial, hoje superada e lida como mito, seria a teoria defendida divulgada por Gilberto Freyre de que, graças à miscigenação e ao convívio entre pessoas de diferentes raças, haveria uma comunhão plena de direitos e qualidade de vida entre as raças no Brasil, havendo apenas a diferença de classe (NASCIMENTO, 2016).
5. Munanga (2019) apresenta o conceito de negritude como parte da identidade dos sujeitos que são reunidos em conjunto não apenas pela sua cor, mas também pelas suas vivências sociohistóricas. Um termo que evoca as origens de um grupo, que invoca luta e organização social.
6. Um conceito entendido como a identidade racial branca, construída socialmente a partir de um lugar de privilégios (BENTO, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Wlamya R. de; FILHO, Walter. Uma história do negro no Brasil. Salvador: Centro de Estudos Afro-orientais. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2006.

ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo Estrutural. São Paulo: Pólen, 2019.

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARRUDA, Jalusa Silva de. Breve panorama sobre a restrição e privação de liberdade de adolescentes e jovens no Brasil. O Social em Questão - Ano XXIV - nº 49 - Jan a Abr/2021. p. 355-382. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/51140/51140.PDF>
Acesso em 05 de jun 2023.

BARROS, Sônia; BATISTA, Luís Eduardo. I. A história e a contemporaneidade da psiquiatria e da Eugenia no Brasil. In: BARROS, Sônia; BALLAN, Caroline; BATISTA, Luís Eduardo. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS. São Paulo: EEUSP, 2021. p. 13-36. Disponível em: http://www.ee.usp.br/cartilhas/Cadernos_de_textos_Atencao_psicossocial_a_crianças_e_adolescentes_negros_no_SUS.pdf. Acesso em 15 maio 2023.

BENTO, Cida. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 336. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 992. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. Brasília: Diário Oficial da União, 2010.

BRUM, Eliane. Os loucos somos nós. (Prefácio) In: ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

CONRAD, Robert. Tumbeiros: o tráfico escravista para o Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial/>. Acesso em 15 maio 2023.

COSTA, Jurandir Freire. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSSETIN, M.; LARA, A. M. de B. O percurso histórico das políticas públicas de atenção à criança e ao adolescente no Brasil: o período de 1920 a 1979. Revista HISTEDBR On-line, Campinas, SP, v. 16, n. 67, p. 115–128, 2016. DOI: 10.20396/rho.v16i67.8646092

DAVIS, Angela. Mulheres, raça e classe. São Paulo: Boitempo, 2016.

FANON, Frantz. Os Condenados da Terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1961.

FERNANDES, Florestan. A integração do negro na sociedade de classes. São Paulo: Globo, 2008.

FLORENTINO, Manolo. Novas Notas sobre o Mercado de Escravos para o Brasil,

Séculos XVIII e XIX. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA ECONÔMICA, 4., 2001, São Paulo. Anais : FEA- USP, 2001. v. 1. p. 1-18.

GALTON, Francis. Inquiries into human faculty and its development. Londres: Macmillan and Co, 1883.

GONZALEZ, Lélia. Por um feminismo afro-latino-americano. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

JOUIN, François. Uma visita ao Asilo de Pedro II no Rio de Janeiro, Brasil (1880). Tradução de Christian Greis. Revisão técnica e notas de Manoel Olavo Teixeira. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 15, n. 2, p. 404-412, jun. 2012.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200013>.

Acesso em: 15 maio 2023.

MACHIN, Rosana; MOTA, André. Entre o particular e o geral: a constituição de uma “loucura negra” no Hospício de Juquery em São Paulo, Brasil – 1898-1920. Interface -

Comunicação, Saúde, Educação, v. 23, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180314>. Acesso em: 15 maio 2023.

MOREIRA, Adilson. Racismo recreativo. São Paulo: Pólen, 2019.

MOURA, C. Escravismo, colonialismo, imperialismo e racismo. Afro-Ásia, Salvador, n. 14,

1983. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/afroasia/article/view/20824/13425> . Acesso em: 15 maio 2023.

MOURA, Clóvis. Sociologia do Negro Brasileiro. São Paulo: Perspectiva, 2019.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-nocoes-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf> Acesso em: 22 maio 2023.

MUNANGA, Kabengele. Negritude: usos e sentidos. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

NASCIMENTO, Abdias. O genocídio do negro brasileiro: processo de

um racismo mascarado. 3.ed. São Paulo: Perspectivas, 2016.

SCHEFFER, Graziela. Serviço Social e Dona Ivone Lara: o lado negro e laico da nossa história profissional. *Serviço Social & Sociedade*, n. 127, p. 476-495, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/ans7LLKhc85GndG4DnmqGDtN/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 maio 2023.

SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA, André; ZILBREMANN; Mônica L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. Rio Grande do Sul, v. 31, n. 1, p. 82, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100015>. Acesso em: 22 maio 2023.

SERRA, Lia Novaes; SCARCELLI, Ianni Régia. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. v. 17, n. 1, p. 85-99, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142014000100007>. Acesso em: 15 maio 2023.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de; SANTOS, Ricardo Ventura. O Congresso Universal de Raças, Londres, 1911: contextos, temas e debates. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, v. 7, n. 3, p. 745-760, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-81222012000300008>. Acesso em: 25 maio 2023.

SOUZA, Neusa Santos. Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

TARELOW, G. Q. Entre comas, febres e convulsões: os tratamentos de choque no Hospital do Juquery. Santo André: UFABC; 2013.

TEIXEIRA, Manoel Olavo Loureiro; RAMOS, Fernando A. de Cunha. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 15, n. 2, p. 364-381, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200011>. Acesso em: 15 maio 2023.

YASUI, Silvio. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira [online].

Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413623>. Acesso em: 22 maio 2023.