

CAPÍTULO 9

A Contribuição da Interseccionalidade na Crítica Anticapitalista na Análise das Políticas Sociais: o caso da saúde mental*

Marco José de Oliveira Duarte

Carolina Moraes Simões de Melo

Isadora de Souza Alves

O capítulo trata da crítica anticapitalista tomando como referência o debate da interseccionalidade (Duarte *et al.*, 2024a), protagonizada pelas feministas negras, para contribuir na análise da política pública de saúde mental em contexto ultraneoliberal do Brasil contemporâneo. A análise toma o debate sobre os marcadores sociais de diferença, como as relações de gênero, sexualidade e a questão racial, para pensar os agravos no cotidiano do trabalho institucional do campo da saúde mental, no âmbito do Estado brasileiro e suas produções, social e histórica, de cisheterossexismo e racismo, na construção, estruturante e estrutural, das relações sociais capitalistas.

Para tanto, problematiza-se - frente aos desmontes e retrocessos da referida política pública, no contexto atual do Estado capitalista - a produção das desigualdades sociais, apontadas como questões estruturais dos movimentos e lutas sociais antimanicoloniais (David, 2024). Essas pautas se configuraram como anticapitalistas, anticisheterossexistas e antirracista-patriarcal por serem empenhadas por sujeitos em seus pertencimentos de classe, gênero, sexualidade, raça e território, que pela análise dessas intersecções defendem uma gestão democrática das políticas sociais para a maioria da população brasileira, composta, majoritariamente, em sua base piramidal, de mulheres negras. Enfatiza-se, portanto, a radicalidade das desigualdades socioraciais, de gênero e sexualidade em curso, no tempo presente.

* 10.29388/978-65-6070-130-4-0-f.164-183

Para compreender a configuração da política de saúde mental na contemporaneidade, bem como os determinantes de classe, raça, gênero e sexualidade que estruturam as políticas sociais, é necessário retomar a configuração do Estado brasileiro. Assim, as características e as funções do Estado no modo de produção capitalista, bem como suas estratégias de intervenção na “questão social” frente à particularidade brasileira, se manifestam essencialmente como classista, racista, generificada e cisheterossexista.

O Estado, chamado a regular a produção e reprodução social no âmbito dos interesses do capital, assume como uma das suas principais funções a intervenção na “questão social” e na reprodução da classe trabalhadora. No período monopolista, particularmente, o Estado passa a intervir de forma sistemática para a manutenção das condições gerais da produção capitalista, através, entre outras dimensões, das políticas sociais. As intervenções na “questão social” se realizam de forma a atender problemas particulares como o desemprego, a fome, a falta de moradia, a pobreza, entre outros fatores, limitando-se, portanto, às suas reparações (Netto, 2006).

As políticas sociais, então, vão se expressar em suas ações voltadas à “preservação e ao controle da força de trabalho – ocupada, mediante a regulamentação das relações capitalistas/trabalhadores; lançada no exército industrial de reserva, através dos sistemas de seguro social” (Netto, 2006, p. 31), configurando-se como essencialmente contraditórias.

O Brasil, país marcado pelo colonialismo na sua formação social e histórica, constrói-se, desta forma, a partir de relações desiguais que possuem determinantes de classe e desigualdades estruturais de raça, gênero e sexualidade. A escravização de pessoas negras vindas violentamente do continente africano, bem como o genocídio das populações originárias em prol da exploração e dominação colonial, constitui e alimenta o padrão de relações sociais brasileiras e a divisão sociotécnica, racial e sexual do trabalho.

Costa (1979) produz reflexões históricas a respeito das alterações no âmbito privado como estratégia de reprodução das classes

sociais. Aponta que a ética do convívio social burguês modelou o convívio familiar, ao mesmo tempo em que “as relações intrafamiliares se tornaram uma réplica das relações entre classes sociais” (Costa, 1979, p. 13). Uma das estratégias responsáveis por incutir alterações no âmbito privado, em uma perspectiva de classe, se deu no campo da saúde, privilegiadamente.

No século XIX, os hábitos coloniais eram relacionados a uma desordem higiênica que deveria ser extermínada por uma mudança de hábitos de saúde. As famílias passam a ser definidas de forma mais incisiva como incapazes de proteger a vida de crianças e adultos. Utilizando-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a entrada das práticas higiênicas ultrapassou os limites da saúde individual, impondo às famílias uma educação física, moral, intelectual e sexual, sendo a infância e as mulheres, público-alvo prioritário das ações da medicina higienista, foco da eugenia que atravessará o século seguinte.

A medicina higienista assume uma posição de agente educativo-terapêutico, numa relação de tutela das famílias e de dependência e submissão a esses preceitos, orientados para a intimidade das suas vidas. A higiene, então, enquanto alterava o perfil sanitário da família, modificou também sua feição social. Contribuiu, com outras instâncias sociais, para transformá-la na instituição conjugal nuclear característica dos nossos tempos. A família nuclear e conjugal, higienicamente tratada e regulada, tornou-se, no mesmo movimento, sinônimo histórico de família burguesa (Costa, 1979) e o modelo heterossexista, consequentemente, referência a ser seguida, pela moral sexual e por ser cientificamente correto, desdobrando-se como racismo científico, como ideologia, com a regulação dos sujeitos e seus corpos sexualizados, generificados e racializados.

Neste contexto, é que a educação física do higienismo cria o modelo de corpo saudável no século XIX, que seria um corpo harmonioso e robusto, se contrapondo ao corpo relapso, flácido e doentio do indivíduo colonial. É também este o corpo que representa uma classe, seu gênero, sua sexualidade e uma raça, constituindo o

racismo e os outros preconceitos sociais, baseados numa hierarquia que pressupõe a superioridade do homem burguês, heterossexual e branco. Há uma ligação direta entre o higienismo e as outras ideologias, como o racismo e o cisheterossexismo, sendo elementos constitutivos de consciência da classe burguesa:

O racismo não é um acessório ideológico, acidentalmente colado ao ethos burguês. A consciência de classe tem, na consciência da ‘superioridade’ biológico-social do corpo, um momento indispensável à sua formação. O indivíduo de extração burguesa, desde a infância, aprende a julgar-se ‘superior’ aos que se situam abaixo dele na escala ideológica de valores sociorraciais (Costa, 1979, p. 14).

É neste sentido que, no século XX, crescem as produções teórico-científicas e ideológicas que justificam a inferioridade dos negros através do discurso biologicista, vinculando a raça ou o cruzamento interracial à criminalidade, à loucura e à degeneração, bem como atribuindo a proliferação de doenças no Brasil ao contato com outras raças (Schwarcz, 1993 *apud* David, 2018). São as teorias eugenistas que justificam práticas racistas e cisheterosexistas por um viés científico e que, ao definir relações de inferioridade e periculosidade, traçam os grupos que devem ser alvos prioritários do controle do Estado, respaldados pela medicina como ciência e ideologia, notadamente, as pessoas negras e pobres.

Foucault (2008), assim como Mbembe (2016), apontam que o racismo teria a função de produzir uma separação entre quem pode viver e quem pode perecer, articulando duas condições: a morte de alguns favorece a sobrevivência de outros. Assim, na lógica do biopoder, a função do racismo seria regular a distribuição da morte e permitir a ação do Estado em exterminar os indesejáveis, os inimigos, os matáveis e, mais uma vez, os estigmatizados pela ordem burguesa e o neoliberalismo (Casara, 2017), em suma, os sujeitos agenciados pela política de classe, pela raça, pelo gênero e pela sexualidade dissidentes da lógica do capital.

Essa lógica, fundamentada e baseada no eugenismo e nos princípios higienistas, vai respaldar estratégias estatais que marcam as políticas sociais brasileiras, bem como a cultura da institucionalização, indicando a função social das instituições, no isolamento social dos indesejáveis e dos inimigos, assentes por uma cor e uma classe (David, 2018).

Desta forma, o Brasil, então, é marcado por uma estrutura de classe, raça, gênero e sexualidade que tem seu controle, isolamento e extermínio justificados por uma racionalidade científica, respaldada pela ordem médica e suas especialidades, que produzem e reproduzem determinadas relações (Foucault, 2011).

As intervenções do Estado, durante todo o período do século XX, colocam em cena sujeitos desviantes e marginalizados que passam a ser alvo das intervenções do Estado, como os “menores”, os “loucos”, dentre outros, que se tornam público-alvo prioritário das práticas higienistas, a partir da intensificação das expressões da “questão social” no Brasil. É neste contexto, portanto, que a infância adquire uma dimensão social inexistente até então, deixando de ser vista somente no âmbito privado das famílias e da Igreja, sendo objeto de interesse, preocupação e ação de competência administrativa do Estado (Rizzini; Rizzini, 2004; Rizzini, 1997; Rizzini, 1993; Melo, 2024).

Neste caso em específico, por exemplo, a criança passa a simbolizar, ao mesmo tempo, a esperança e a ameaça, como dois extremos, representando a salvação ou a perdição. A centralidade do problema diz respeito à pobreza e ao abandono, moral e/ou material, que deveriam ser corrigidos. Parte da infância foi transformada em um problema de Estado, particularmente a infância pobre e negra, que era vista por dois âmbitos: as crianças em perigo, filhas da pobreza, afetivamente abandonadas; e as crianças perigosas, potencialmente delinquentes, filhas da pobreza moral. Em resumo, filhas da classe trabalhadora. O investimento público era destinado ao controle dos desvios morais e de conduta, com a finalidade de desenvolver um jovem saudável e, no futuro, um adulto ativo, produtivo, dócil e adequado à ordem social e moral vigente.

A medicina, a justiça e a filantropia, juntas ao Estado, são chamadas para classificar as crianças pobres e negras e educá-las, ou a intervir em seus modos de vida, tendo o seguinte propósito comum: salvar a criança para transformar o Brasil, de forma que salvar a criança era salvar a nação. Este discurso vem sendo atualizado pelos mesmos setores conservadores que se remodelam sob a égide do pânico moral, produzido pela extrema direita em suas jornadas antigênero e anti-lésbica, gay, bissexual, travesti, transexual e mais (LGBT+). Assim, o investimento na infância tinha e ainda se mantém como um projeto de nação, essencialmente político, mas atualizando a colonialidade do poder (Quijano, 2005). Neste caso, visando proteger a infância, como forma de defesa da própria sociedade. Se, no discurso, a criança devia ser educada, visando o futuro da nação, na prática, para a infância pobre e negra, educar tinha o objetivo de moldá-la para a submissão.

Portanto, segundo Quijano (2005), a colonialidade também foi epistemológica, na medida em que o padrão de poder formado por meio da tríade colonialidade-eurocentrismo-capitalismo tem focado seu controle sobre os meios de produção capitalista de subjetividade, sobretudo na produção de conhecimento e na cultura, das formas mais violentas, incluindo a organização do trabalho e da política.

Em síntese, higienismo e eugenismo, sustentados ideologicamente por um aparato médico-jurídico, contando com intervenções do Estado, em aliança com a filantropia, mas atualmente, com as atuais lógicas de assistencialização e solidariedade, marcam as estratégias de controle das refrações da “questão social”, direcionadas a negros e pobres, justificando institucionalizações em massa em diversos setores, com muitas instituições sociais e seus sistemas políticos de organização social.

No campo da saúde mental, a principal estratégia foi a institucionalização nos aparelhos hospitalar-manicomiais, contando com o argumento higienista, de que o isolamento social seria essencialmente terapêutico. A história indica, porém, que os hospitais psiquiátricos abrigaram os mais diversos tipos de situações, enclausurando, na verdade, sujeitos que ameaçavam uma determinada

ordem social. Como vemos, atualmente, com a remanicomialização seja nas ditas clínicas psiquiátricas, como nas comunidades terapêuticas, sendo espaços do exercício punitivo da moral burguesa conservadora, apesar dos tempos neoliberais.

Nesse percurso, amparados por movimentos internacionais, os movimentos sociais e democráticos da década de 1980, no Brasil, denunciaram as situações de violência e abandono, escancarando a ineficácia dos modelos assistenciais vigentes, bem como os paradigmas jurídicos, psiquiátricos e ideológicos que sustentavam a assistência do Estado para os diversos grupos populacionais da sociedade.

Nesse chão histórico, nascem as Reformas Sanitária e Psiquiátrica em uma crítica radical à organização da assistência e do Estado brasileiro, propondo novos paradigmas, que desembocaram na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do reconhecimento do direito integral e universal à saúde, instituiu-se uma política nacional de saúde mental sob princípios democráticos, sustentados na universalidade, na integralidade e na equidade, tendo o cuidado em liberdade e no território como eixo estruturante da rede de assistência pública em saúde.

Apesar dos avanços legislativos, paradigmáticos e epistemológicos, fruto em grande parte dos movimentos sociais organizados no campo da saúde e saúde mental, o reconhecimento das particularidades da formação social brasileira sobre as políticas públicas ainda necessita de avanços significativos para que se efetive a garantia emancipatória dos sujeitos e das políticas sociais.

Nesse sentido, o conceito de interseccionalidade pode ser um avanço nessa direção, como eixo analítico da política de saúde mental. A partir do conceito de interseccionalidade, popularizado por Kimberlé Crenshaw (2002), é possível compreender como as múltiplas formas de opressão interagem e estruturam as desigualdades que afetam, de maneira desproporcional, mulheres negras e outros grupos em situação de vulnerabilidade.

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outros grupos. Além disso, a interseccionalidade aborda como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw, 2002, p. 177).

Algumas autoras brasileiras, como Lélia Gonzalez (2018), também discorrem sobre a interseccionalidade, apontando como as opressões operam de maneira diferente em grupos distintos: "Ser negra e mulher no Brasil, repetimos, é ser objeto de tripla discriminação, uma vez que os estereótipos gerados pelo racismo e pelo sexism a colocam no mais baixo nível de opressão" (Gonzalez, 2018, p. 44).

A interseccionalidade é, portanto, essencial para entender a complexidade dessa situação. As desigualdades de classe, raça, gênero e sexualidade determinam, em grande medida, as condições de saúde mental da população brasileira. Assim, inclusive a desigualdade educacional deve ser entendida como parte de um ciclo mais amplo de exclusão social, na qual as dificuldades acadêmicas e profissionais se refletem em um aumento do estresse, da ansiedade e até mesmo dos índices de suicídio entre grupos específicos, como os jovens negros e LGBT+. Como evidenciado pelos dados apresentados por Pereira e Passos (2017), as mulheres negras enfrentam desvantagens significativas no acesso à educação e à formação profissional. As autoras afirmam que,

[...] em relação à desigualdade entre mulheres no que se refere à escolarização, 42,5% das mulheres sem instrução ou com nível de ensino fundamental incompleto são negras, enquanto 28,5% são brancas. As disparidades também são visíveis no nível superior: 26,0% das mulheres brancas possuem ensino superior,

considerando que suas condições são mais favoráveis em relação às mulheres negras, que correspondem a 11,2% do total. Já o nível de escolaridade das mulheres com alguma ocupação é superior ao dos homens, uma vez que 45,5% dos ocupados sem instrução e com ensino superior incompleto são homens, enquanto as mulheres representam 34,8% (Pereira; Passos, 2017, p. 32).

Esse padrão de desigualdade reflete-se também no mercado de trabalho, onde as mulheres negras ocupam posições de menor prestígio e com salários inferiores, perpetuando as disparidades de classe, raça, gênero e sexualidade. Esses dados evidenciam a desigualdade racial, de gênero e sexualidade, refletindo uma sociedade brasileira estruturalmente burguesa, racista e cisheterossexista. Sílvio Almeida (2018) aponta que o racismo estrutural, além de garantir o acesso desigual a direitos fundamentais como emprego, educação e saúde, por exemplo, tem um impacto direto na saúde mental de grupos marginalizados pela ordem social capitalista.

É fundamental compreender como o atravessamento dos sistemas de opressão e os marcadores sociais de diferença, como classe, raça, gênero e sexualidade, são determinantes para analisar, no caso, a política de saúde mental e os desafios que ela enfrenta na construção de um sistema de cuidado em liberdade, mais justo, equitativo, integral e inclusivo.

O índice de suicídio entre adolescentes e jovens negros no Brasil é 45% maior do que entre brancos. Os dados são do Ministério da Saúde e mostram que o risco aumentou 12% entre a população negra nos últimos anos, enquanto permaneceu estável entre os brancos. Nesse recorte, a faixa etária de 10 a 29 anos é a que mais sofre, principalmente os do sexo masculino, que têm 50% mais chances de cometer suicídio do que os brancos da mesma idade (Amaral, 2022, n/p).

O desmonte das políticas públicas de saúde mental no Brasil, em grande parte impulsionado pela agenda ultraneoliberal, nos últimos

anos, resulta na precarização do atendimento, no enfraquecimento dos serviços públicos de saúde e no seu desfinanciamento. Como consequência, a população negra, as mulheres e LGBT+ são particularmente afetadas, visto que o processo de produção do cuidado não responde às suas reais necessidades de saúde, e, com isto, observa-se um crescimento do que vem se denominando de farmacologização/remedicalização, uma outra face da medicalização da vida social, em que muitas dessas pessoas que enfrentam adversidades complexas e com intersecção de marcadores sociais de diferença, são diminuídas à lógica da patologização das subjetividades, vistas como centralmente individuais e não como coletivas, prevalecendo a culpabilização.

O sistema capitalista, ao reproduzir as condições de trabalho precárias e excluídas da proteção social, tem um impacto direto na saúde mental da população em sua diversidade ontológica. A relação entre trabalho e saúde mental é evidente, seja pelo adoecimento causado pelas condições de trabalho, seja pelo sofrimento gerado pela falta de trabalho, seja pela precariedade da vida (Butler, 2014; 2015). O Estado moderno, ao mediar as relações de produção, contribui para o controle social, sendo um aliado do capital, agravando as condições de vida e saúde da classe trabalhadora, sobretudo quando evidenciamos a intersecção dos marcadores e sistemas de opressão constitutivos deste sujeito que vive do trabalho.

As condições de trabalho flexibilizadas e precárias geram uma insegurança constante, resultando em sérios impactos na saúde mental dos/das trabalhadores/as. A "liberdade" oferecida pelas empresas, no contexto do trabalho flexível, se traduz em uma ausência de garantias e em uma crescente responsabilidade individual, que agrava o estresse e os transtornos mentais. A saúde mental, portanto, deve ser entendida não somente como um aspecto individual, mas como um reflexo das condições sociais e econômicas nas quais os sujeitos estão inseridos. A busca por uma saúde mental verdadeiramente inclusiva, emancipadora e transformadora requer, como defendem Freitas e Amarante (2015), uma crítica profunda ao modelo capitalista, que instrumentaliza a

medicina e a saúde para manter as desigualdades sociais, tendo em vista a lógica produtivista, gerencialista e privatista no cenário da política e da gestão pública da saúde.

Assim, como afirmamos anteriormente, o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que culminou na criação do SUS, defende, no seu marco radical, a defesa da vida singular e coletiva e a universalização das políticas públicas de saúde como um direito de todos e dever do Estado. As dificuldades atuais, portanto, foram impostas pelo neoliberalismo, atingindo a gênese dessa construção do SUS, enquanto uma política pública nos marcos dos direitos sociais e do Estado democrático. Além disso, nas lutas dos movimentos sociais no campo da saúde, e, particularmente, no campo da saúde mental, através do movimento nacional da luta antimanicomial, envolvendo técnicos, usuários/as e familiares, pautou-se a edificação de uma Reforma Psiquiátrica, na defesa intransigente dos direitos humanos, da vida e da democracia, e, ainda, continua sendo uma pauta de resistência, no cenário atual, de construção da política pública, após anos de desmontes e retrocessos, típicos de uma contrarreforma psiquiátrica neoliberal.

A lógica ultraneoliberal afeta diretamente os serviços de saúde mental ao reduzir investimentos em políticas públicas e promover a privatização da assistência pública em saúde, tornando o acesso aos cuidados em saúde mental, como, por exemplo, os atendimentos psicológicos e psiquiátricos, que deveriam ser universais, cada vez mais limitados para os segmentos populares, que assim reivindicam. Portanto, a retirada de investimentos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a crescente desvalorização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dificultam implementar estratégias eficazes de cuidado territorial e comunitário, reforçando o isolamento dos indivíduos que necessitam desse cuidado em liberdade e caracterizando esses dispositivos técnico-assistenciais como atenção ambulatorial. O que se tem visto, apesar deste momento de construção de uma política pública, afirmada pelo conjunto de seus atores na realização da V Conferência Nacional de Saúde Mental (2020), além dessa

caracterização dos CAPS, é a expansão da parceria público-privada, tomando como parceiros entes privados, como as organizações sociais de saúde, mas também as comunidades terapêuticas, reforçando o que se denominou de atenção psicossocial neoliberal (Reigada; Maximino, 2024).

Além disso, a privatização da saúde mental impõe barreiras econômicas para a população negra, em particular para mulheres e LGBT+ periféricos, que já enfrentam iniquidades e dificuldades históricas de acesso desigual aos serviços públicos de saúde (Duarte, 2024b), principalmente pela geopolítica de localização desses, mas, particularmente, para um acolhimento e clínica emancipadores e antimanicomiais. O desmonte desses serviços e das políticas não pode ser dissociado do racismo e do sexismo estruturais (Gonzalez, 1983), na medida em que os impactos recaem desproporcionalmente sobre as pessoas negras, aprofundando desigualdades preexistentes e quando em intersecção com outros marcadores sociais de diferença e de sistemas de opressão, que acentuam mais ainda as vidas precárias desses sujeitos sociais.

No entanto, por outro lado, a precarização da saúde mental no Brasil não pode ser analisada isoladamente, ao estar inserida em um contexto mais amplo de desigualdades estruturais. A permanência da lógica racista e cissexista nos espaços de poder é um fator determinante nesse processo. É imprescindível aprofundar esse debate, analisando as pessoas que ocupam os lugares de decisão e perpetuam essa estrutura excludente. A população branca, que domina esses espaços, ainda representa a maioria e, consequentemente, influencia diretamente na manutenção dessas desigualdades. A falta de representatividade negra, do gênero feminino e das sexualidades dissidentes, na formulação de políticas públicas contribui para a exclusão dessas populações negras, de mulheres, LGBT+ e periféricas, quanto ao acesso e ao acolhimento adequados ao cuidado integral em saúde mental e baseado na interseccionalidade e na intersetorialidade.

É nesse sentido, porém, que Schucman (2020) propõe que o sujeito branco universal seja colocado no centro do debate racial.

Assim, consequentemente, o homem branco cisheterossexista universal também. Afinal, como a reprodução do racismo é perpetuada por indivíduos brancos, que frequentemente não reconhecem seus privilégios ou sequer sabem se autodeclarar racialmente, recorrendo a narrativas sobre mestiçagem e genética para justificar seu pertencimento a um grupo racial. Como afirma a autora,

[...] ser branco e ocupar o lugar simbólico da branquitude não é nada estabelecido por questões somente genéticas, mas sobretudo por posições e lugares sociais que os sujeitos ocupam [...]. Nesse sentido, ser branco tem significados distintos compartilhados culturalmente em diferentes lugares. Nos EUA, ser branco está estritamente ligado à origem étnica e genética de cada pessoa; no Brasil, está ligado à aparência, ao status e ao fenótipo; na África do Sul, fenótipo e origem são importantes demarcadores de brancura (Schucman, 2020, p. 60).

O mesmo se dá, todavia, com a reprodução estrutural e institucional do sexism, do patriarcalismo e da LGBTfobia, e, consequentemente, pelo mesmo sujeito universal coletivo, o homem branco, burguês, cisgênero, heterossexual, cristão e herdeiro do colonialismo histórico, do eurocentrismo e das violências necropolíticas e de extermínio de sujeitos e populações.

Para melhor caracterização deste debate acima, se tomarmos as categorias raciais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como pretos, pardos, brancos, indígenas e amarelos, podemos analisar com maior realismo o funcionamento do racismo no Brasil. Elas são essenciais para compreender as desigualdades sociais, que não operam isoladamente, mas em interseção com classe, raça, gênero e sexualidade. A branquitude, além de operar simbolicamente como norma social, também se traduz em vantagens materiais concretas, garantindo melhores oportunidades educacionais, acesso a empregos de maior prestígio e maior acúmulo de riqueza ao longo das gerações. Bento (2022) contribui para essa reflexão ao apresentar a noção de

pacto narcísico da branquitude, demonstrando como a manutenção dos privilégios é uma prática constante entre pessoas brancas.

Esse pacto da branquitude possui um componente narcísico, de autopreservação, como se o 'diferente' ameaçasse o 'normal', o 'universal'. Esse sentimento de ameaça e medo está na essência do preconceito, da representação feita do outro e da forma como reagimos a ele (Bento, 2022, p. 15).

Essa perspectiva evidencia como a branquitude se estabelece como norma, atribuindo significados hierárquicos às diferenças raciais. O "normal" e o "universal" são socialmente construídos em oposição ao "diferente", determinando os lugares que brancos e negros ocupam na sociedade. A hegemonia branca se manifesta nas imagens midiáticas, nas posições de poder e no prestígio associado a profissões como a medicina e o magistério, enquanto as populações negras são frequentemente associadas à marginalidade social, à criminalidade e a posições de subalternidade.

A desconstrução desse pacto narcísico exige ações coletivas. Instituições devem reconhecer sua responsabilidade histórica para evitar a perpetuação das desigualdades geradas pela escravidão e ditaduras passadas.

A destruição de um pacto narcísico não é só individual, mas tem sua âncora em ações coletivas estruturais envolvendo a responsabilidade social das organizações, que precisam se posicionar diante de sua herança concreta e simbólica na história do país. Não podem se omitir dos créditos e das dívidas das gerações passadas, como da escravidão ou dos recorrentes períodos ditoriais, para não cair num mecanismo de repetição do qual as gerações futuras só teriam a sofrer (Bento, 2022, p. 86).

Assim, compreender o impacto do racismo e do cissexismo como estruturais no Brasil exige uma análise interseccional que considere não somente as desigualdades raciais, mas também sua

relação com a saúde, a economia e o poder. O enfrentamento dessas questões não pode se limitar a discursos simbólicos, mas deve se traduzir em políticas públicas eficazes que garantam a equidade e a justiça social.

Nessa direção, no capítulo não se pretendeu tratar de dados epidemiológicos em saúde mental, como elemento técnico sustentado em dados científicos, para análise de uma política pública de saúde, e, no caso, da saúde mental. Assim, tomou-se, nesse texto, o pressuposto de que quaisquer discussões que visem abordar o tema de análise crítica da política de saúde mental, precisam ter em vista as formas violentas dos sistemas de opressão sobre determinados sujeitos e que a conexão da interseccionalidade dos marcadores sociais de diferenças com a desigualdade e as opressões é necessária, portanto, para a análise de qualquer política social.

Desta forma, tomar classe, raça, gênero, sexualidade e território, dentre outros elementos estruturais e constitutivos da questão social e suas intersecções, é necessário para a análise da política de saúde mental, no caso. Foi nessa perspectiva que construímos este capítulo, no sentido de ampliar os processos históricos da referida política, mas, principalmente, recolocar os sujeitos, público-alvo dela, no centro da abordagem analítica.

A interseccionalidade, portanto, nos desafia a construir um cuidado em saúde mental mais inclusivo, acolhedor e, de fato, em liberdade, no contexto da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Seja no nível territorial, e em qual ponto de atenção da rede aconteça essa produção do encontro, uma realidade por vezes ausente, e incide nas mais precárias condições de vida e saúde mental da população brasileira, marcada por classismo, racismo, sexism, LGBTfobia, mas que demandam cuidado frente aos sofrimentos psicossociais (Duarte, 2024c), seja na atenção básica, com ou sem matriciamento, seja na atenção ao nível de complexidade deste mesmo cuidado, nos centros de atenção psicossocial (CAPS), ou mesmo de forma intersetorial, nos equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Fato é que, apesar das narrativas por articulações entre classe, raça, gênero e sexualidade protagonizadas pela sociedade civil organizada, em múltiplas agências e perspectivas, na contemporaneidade, ainda se observa uma lacuna nesse debate, para se pensar outras epistemologias e paradigmas para analisar as políticas sociais e, particularmente, no campo da saúde mental e da atenção psicossocial. Assim, em uma perspectiva antimanicomial, emancipatória e de defesa da vida singular e coletiva, este debate ainda está muito mais presente pelos movimentos sociais do campo da saúde mental e atenção psicossocial, que rompem com a lógica capitalística, superestrutural e de patologização e medicalização da vida.

Esta ausência, ou esta política de invisibilidade, é observada tanto na gestão das políticas de saúde mental, quanto na inexistência de políticas específicas e interseccionais que acolham esta população e seus marcadores sociais de diferença. Desta forma, é no cotidiano do processo de trabalho em saúde mental, junto às/aos trabalhadores/as da RAPS no SUS, que muitas vezes se reproduzem as mais diversas formas de violência institucional, apesar das legislações e políticas, como o racismo, o sexism e a LGBTfobia institucionais, que se materializam nas práticas de discriminação, violência e exclusão. Entendendo também que os sofrimentos psicossociais, nestes contextos, se agravam, pois os sujeitos ou se sentem constrangidos ou não vão aos equipamentos sanitários, pelas barreiras impostas no acesso e no cuidado desses mesmos serviços que são a base da política nacional de saúde mental do SUS.

Se muito vale o já feito, ainda temos muito a fazer!

Referências

ALMEIDA, Sílvio Luiz de. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018.

AMARAL, Talita. *Como o preconceito racial afeta a saúde mental da população negra*. CNN Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/como-o-preconceito-racial-afeta-a-saude-mental-da-populacao-negra/>. Acesso em: 28 mar. 2025.

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

BUTLER, Judith. *Vida precária*: os poderes do luto e da violência. (Trad. Andreas Lieber). Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

BUTLER, Judith. *Quadros de guerra*: quando a vida é passível de luto. (Trad. Carla Rodrigues). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CASARA, Rubens Roberto Rebello. *Estado pós-democrático*: neobscurantismo e a gestão dos indesejáveis. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2017.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-189, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2025.

DAVID, Emílio Camargo. *Saúde mental e racismo*: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. 2018. 168f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

DAVID, Emiliano Camargo. *Saúde mental e relações raciais: desnorteamento, aquilombação e antimanicolonialidade*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2024.

DUARTE, Marco José de Oliveira *et al.* (org.). *Feminismos, interseccionalidade e Serviço Social*. São Paulo: Hucitec, 2024a.

DUARTE, Marco José de Oliveira *et al.* Práticas em saúde e produção de sujeitos LGBTQIAPN+: enfrentando as iniquidades em saúde em perspectiva interseccional. In: ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; SODRÉ, Francis; ROCON, Pablo Cardozo (org.). *Desigualdades sociais em saúde: debates contemporâneos para construção de políticas públicas*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2024b.

DUARTE, Marco José de Oliveira; PAIVA, Sabrina Pereira; MENEGAT, Elizete Maria. (org.). *Saúde mental, drogas e interseccionalidades: implicações de gênero, raça, sexualidade, território e políticas públicas no contemporâneo*. Juiz de Fora: EDUFJF, 2024c.

FOUCAULT, Michael. *Nascimento da biopolítica*. (Trad. Eduardo Brandão). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. (Trad. Eduardo Brandão). 2^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

FREITAS, Fernando; AMARANTE, Paulo. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

GONZALEZ, Lélia. *Lélia Gonzalez: primavera para as rosas negras*. São Paulo: UCPA; Editora Filhos da África, 2018.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira (1983). In: SILVA, L. A. M. et al. (org.). Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos. *Ciências Sociais Hoje – Revista da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais* - ANPOCS, Brasília, n. 2, 1983.

LEITE, Carla Carvalho. Da doutrina da situação irregular à doutrina da proteção integral: aspectos históricos e mudanças paradigmáticas. *Revista do Ministério Público*, n. 23, Rio de Janeiro, MPRJ, jan./jun., 2006. Disponível em:

https://www.mprj.mp.br/documents/20184/2764825/Carla_Carvalho_Leite.pdf. Acesso em: 03 out. 2023.

MELO, Carolina Morais Simões de. *Do “trem de doido” à “estaçao vida”*: a atenção em saúde mental de crianças e adolescentes em Barbacena/MG. 2024. 237f; Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 5^a ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, Melissa de Oliveira; PASSOS, Rachel Gouveia (org.). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

QUIJANO, Anibal. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais* – perspectivas latino-americanas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Clacso, 2005.

REIGADA, Carolina Lopes de Lima; MAXIMINO, Caio. Saúde mental, neuroculturas, e racionalidade neoliberal. *Sociedade e Cultura*, v. 27. Goiânia: UFG, 2024. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/78350>. Acesso em: 30 mar. 2025.

RIZZINI, Irene; RIZZINI, Irma. *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente*. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

RIZZINI, Irene. *O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Amais, 1997.

RIZZINI, Irene. *Assistência à infância no Brasil: uma análise de sua construção*. Rio de Janeiro: Ed.USU, 1993.

SCHUCMAN, Lia Vainer. *Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo*. 2^a ed. São Paulo: Veneta, 2020.