

# Movimentos sociais em luta contra o racismo de Estado e pela vida: contribuições ao debate sobre saúde

*Social movements in the fight against State racism and for life: contributions to the health debate*

Rachel Barros<sup>1</sup>, Maria Paula Bonatto<sup>2</sup>, Mariana Ferreira<sup>3</sup>, Glauca Marinho<sup>4</sup>, Patrícia Oliveira<sup>5</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042019S823

**RESUMO** O texto é um registro da mesa-redonda organizada para o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que ocorreu na Fundação Oswaldo Cruz (RJ), em 2018, trazendo experiências e reflexões de três mulheres negras, importantes lideranças dos movimentos sociais contra o racismo e a violência de Estado. O tema girou em torno do cuidado em saúde envolvendo os familiares de vítimas de violências de Estado e os desafios para alcançar a integralidade e a equidade no acesso aos serviços públicos de saúde em face do racismo cotidiano vivenciado pela população negra e favelada, alvo dessa violência. Procurou-se sensibilizar, ao trazer narrativas sobre episódios de racismo no interior do sistema de saúde, para a importância da inclusão dessa problemática na formação dos profissionais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** Sistema Único de Saúde. Racismo. Integralidade em saúde. Direitos humanos. Compensação e reparação.

**ABSTRACT** *The text is a record of the round table that took place at the National Congress of Collective Health in Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz/RJ) in 2018, bringing the experiences and reflections of three black women, who are important leaders of social movements against racism and state violence. The theme addressed health care involving relatives of victims of police violence and the challenges to achieve comprehensiveness and equity in the access to public health services in face of the daily racism experienced by black people and slums populations, who are the targets of such violence. By bringing these narratives about episodes of racism within the health system, we seek to raise awareness regarding the importance of including this issue in the education of health professionals.*

**KEYWORDS** *Unified Health System. Racism. Integrity in health. Human rights. Compensation and redress.*

<sup>1</sup>Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (Fase) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
bonattofiocruz@gmail.com

<sup>3</sup>Ministério da Saúde (MS), Rede de Atenção Psicossocial (Raps) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>4</sup>Justiça global - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>5</sup>Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (Alerj) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## Introdução

O momento político brasileiro, considerando o campo das políticas públicas, seu sucateamento e dissolução, espelha uma época em que, em nome dos valores do neoliberalismo, são colocados em risco direitos coletivos conquistados ao longo de décadas, em especial, o direito à saúde. Se a intenção dos profissionais de saúde brasileiros – ao lado de boa parte da população – era caminhar em direção à superação do modelo assistencial biomédico e hospitalocêntrico, buscando otimizar as ações em torno do modelo de saúde biopsicossocial, com foco na Atenção Primária à Saúde, o crescente desinvestimento do poder público nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) nos lega uma sociedade cujas condições de vida ficam mais precárias, expostas à degradação da saúde mental e física diante da priorização dos valores de mercado.

Nesse contexto, a sociedade civil se reorganiza para uma luta mais acirrada por direitos, o que envolve a necessidade de uma retomada mais radical nas reflexões sobre os princípios que embasam ações por uma saúde pública de qualidade e para todos. Para isso, torna-se fundamental investir na formação de profissionais que saibam se posicionar de forma crítica e ativa diante dos desafios impostos por uma sociedade extremamente desigual na qual o racismo também está presente nas políticas de Estado, em que os valores de mercado se impõem de forma violenta tentando sobrepujar valores emancipatórios e humanistas.

Em 2018, o XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva aconteceu no *campus* da Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, tendo como bandeira a necessidade de estudar a trajetória da saúde pública à saúde coletiva, ou seja: como uma política pensada teoricamente se materializa em conquistas significativas de saúde a partir da organização das lutas sociais<sup>1</sup>?

Foi esse o contexto em que participantes do Movimento Caveirão Não!, uma articulação entre movimentos sociais voltada para denunciar as violências das incursões policiais

nos territórios de favelas, organizaram, no Abrascão (como é conhecido o congresso), a mesa redonda ‘Movimentos Sociais em Luta pela Vida e Políticas Públicas: contribuições ao debate sobre saúde’. Pensando na relevância do que se discutiu na ocasião para a formação de profissionais de saúde, trazemos o presente relato de experiência, repercutindo as vozes de mulheres pretas que compuseram a mesa: intelectuais e ativistas, defensoras de direitos humanos e lideranças de movimentos sociais ligadas a moradores de favelas. São depoimentos de mulheres que acumularam em sua experiência o poder de lutar para superar barreiras impostas pelo racismo estrutural, cotidiano e institucional, efeito de nossa história colonial e de seu ‘mercado de gente’ de quase 400 anos<sup>2,3</sup>.

A formação dos profissionais de saúde na atualidade está fundamentada no esforço mundial por elevar os patamares de saúde das populações conforme os documentos da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata, URSS, em 1978, e documentos da legislação brasileira como a Constituição Federal de 1988, em que ficou definida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), a qual reza que o Estado deve assegurar ao cidadão o direito à saúde, e o Ministério da Saúde deve ordenar a formação de profissionais da área<sup>4</sup>.

A construção do SUS como política pública está marcada por diversas etapas que refletem as lutas populares pela saúde. Em meio a essa caminhada, em 2009, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Essa política foi construída a partir do reconhecimento de que existem

barreiras estruturais e cotidianas que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população – precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência<sup>5(9)</sup>.

Ela reafirma o papel de cada esfera de gestão do SUS – governos federal, estadual e municipal – como responsáveis por articular ações entre governos e sociedade civil, para garantir o acesso da população negra aos serviços de saúde, de forma humanizada e atenta à melhoria das condições de saúde específicas desse setor e para a redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe.

Por outro lado, a experiência de mais de 30 anos em meio ao processo de implantação do SUS tem mostrado que há uma longa trajetória entre a construção oficial de uma política e a transformação de uma cultura que semeia o racismo estrutural e negado pela sociedade. Esse é o contexto em que se dá o crescimento dos movimentos sociais, e seu fortalecimento em meio a lutas por democracia que se aprofundaram a partir da ditadura militar-empresarial que marca a construção do SUS desde o seu início<sup>6</sup>.

As vozes que reunimos no presente estudo fazem parte de movimentos que têm procurado sistematizar experiências e denúncias como saberes específicos do povo pobre e preto que passa por vivências traumáticas de discriminação racial no interior do sistema de saúde, no judiciário, no sistema prisional, entre outros, como: os movimentos de mães e familiares de vítimas de violência estatal; a Frente pelo Desencarceramento (RJ), a Marcha das Mulheres Negras contra o Racismo e a Violência, e pelo Bem Viver; entre outros grupos e coletivos antirracistas. As denúncias crescentes, veiculadas até mesmo pela grande mídia<sup>7</sup>, nos trazem evidências de que ainda precisamos avançar muito dadas as características estruturais do racismo em nossa sociedade, transformando o princípio da universalidade do SUS em um grande desafio.

Assim, a organização dessa mesa considerou como foco esse desafio materializado na precarização das condições de vida e de acesso à rede de saúde e demais direitos básicos por parte das populações atingidas pelo racismo, especialmente por políticas de

segurança pública tão violentas e letais como a que temos no Rio de Janeiro. A ideia foi sublinhar as demandas e os problemas de saúde, ou os assim chamados impactos causados por eventos críticos como o assassinato de um familiar – sobretudo dos processos de adoecimento e intenso sofrimento psíquico –, mas também valorizar as próprias experiências dos movimentos como produtoras de saúde e de resistência coletiva. Pensamos o conceito de saúde coletiva aqui em um sentido que certamente reverbera as críticas que a expressão comporta à saúde pública, à regulação estatal em nome de um saber médico naturalista, mas também em um sentido afirmativo, como um “poder instituinte da vida social”<sup>8(14)</sup>, às margens ou resistindo à violência do Estado, ao compartilhar experiências de sofrimento e estratégias de cuidado coletivas.

A mesa, coordenada por Mariana Ferreira, psicóloga do SUS e apoiadora da Rede de Comunidades e Movimentos contra a Violência, foi composta por Rachel Barros, doutora em sociologia (Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Iesp/Uerj), educadora da Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional (Fase) e integrante do Fórum Social de Manguinhos; Gláucia Marinho, mestra em comunicação (Faculdade de Educação da Baixada Fluminense da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – FEBF/Uerj) e coordenadora da Justiça Global; e Patrícia Oliveira, que, à época, fazia parte do Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura, (órgão da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro – Alerj que fiscaliza o sistema prisional e o sistema socioeducativo), uma das fundadoras da Rede de Comunidades e Movimentos contra Violência. Patrícia é irmã de Wagner do Santos, sobrevivente da Chacina da Candelária.

Alguns movimentos merecem ser destacados como exemplo das formas atuais de organização da resistência, como o Julho Negro, idealizado a partir de uma articulação da Rede de Comunidades e Movimentos contra a Violência e a organização estadunidense Brazil

Police Watch (Dê Olho na Polícia Brasileira), que viabilizou a vinda de integrantes do Black Lives Matter (Vidas Negras Importam) ao país em 2016. Em 2018, o evento ocorreu no Museu da Maré e, pelo terceiro ano, reuniu ativistas e familiares de vítimas de violência estatal contra o racismo. Um dos dias do encontro foi construído em torno das possibilidades do cuidado e das estratégias em saúde, não só para se cobrar a eficácia de políticas públicas, mas também para se chamar a atenção sobre a importância do cuidado mútuo e do autocuidado entre os militantes. A Rede de Comunidades e Movimentos contra a Violência é um coletivo formado prioritariamente por mães<sup>9,10</sup> e familiares de vítimas de violência policial, que completa 15 anos em 2019. A Rede começou a partir da Chacina do Borel, quando quatro jovens foram assassinados pela polícia em 2003; e a partir de então se organizou todo um movimento de solidariedade entre favelas e de pressão no judiciário para julgar os responsáveis pelos assassinatos. Marcos do início dessas lutas foram a organização popular em torno das Chacinas de Acari<sup>11</sup>, que ocorreu há 29 anos, quando mães que moravam nessa região tiveram seus filhos assassinados, sendo que os corpos nunca foram encontrados; e a da Candelária, ocorrida há 26 anos, crime de grande repercussão, em que oito meninos que dormiam em frente à Igreja localizada em uma das mais importantes avenidas do centro do Rio de Janeiro foram mortos a tiros durante a madrugada. Essas lembranças são marcos de ações que, longe de serem corrigidas pelas leis, só se ampliaram e se aprofundaram, culminando na oficialização pelo governador da política de extermínio hoje vigente no estado do Rio de Janeiro. Os fatos ilustram a realidade de extrema violência em que se desenrola a história contemporânea da cidade do Rio de Janeiro, sendo também exemplos de motivações para a organização da população em torno de movimentos de proteção e reação.

Esse é o contexto das falas que transcreveremos a seguir, de autoria das participantes da mesa, buscando permanecer fiéis à força

das narrativas dessas mulheres que, em busca por justiça e por equidade, questionam, criticam e denunciam as situações que seu povo vivencia em suas incursões pelo SUS. Seus depoimentos trazem à cena episódios de racismo cotidiano, juntamente com análises evidenciando que a integralidade no SUS não pode prescindir de uma reflexão sobre os marcadores de gênero e raça nas relações entre usuários e profissionais de saúde.

## Políticas de Bem Viver e reparação à violência de Estado [Gláucia Marinho]

*D. Joselita teve uma parada cardiorrespiratória e morreu. Ela morreu de tristeza, e o Estado foi responsável pela morte de dona Joselita.*

*E aí, é essa a conjuntura, esse é o cenário em que a gente se depara, né?*

*Desde 2016, diante do aumento das mortes das mulheres negras, nossas organizações estão trazendo esse conceito, ainda pouco apropriado por nós, que é usado por comunidades indígenas, o Bem Viver. Estamos buscando o caminho do que seria o Bem Viver, essa integralidade que é a saúde. Esse é o primeiro desafio coletivo: pensar sob esse paradigma nas relações entre saúde e doença. Principalmente nós que militamos e atuamos como movimento de enfrentamento à violência policial.*

*Nesse sentido, eu quero trazer o caso acontecido em 2015, a chacina de Costa Barros, conhecida como a Chacina dos 111 tiros [o carro com cinco jovens foi metralhado por policiais militares no bairro de Costa Barros, em 28 de novembro]. Foi a partir dessa chacina que dona Joselita, mãe do menino Roberto, entrou em um processo de tristeza profunda depois que seu filho foi alvejado e morto, o que a levou também à morte. O que me chamou a atenção quando eu soube a forma da morte de dona Joselita, foi a*

semelhança deste caso ao que lemos nos livros de história sobre o banzo que sofriam os escravos. Dona Joselita nos seus últimos quatro dias de vida já não se alimentava mais, já não falava mais. Ela teve uma parada cardiorrespiratória. Ela morreu de tristeza, e o Estado foi responsável pela morte de dona Joselita.

Como nós, dos movimentos que trabalham contra a violência provocada pelo Estado, pensamos a saúde para essas vítimas tidas como indiretas que são, na prática, vítimas diretas da política do Estado brasileiro de extermínio da população negra? Fala-se daquela que perdeu a vida, mas há toda uma família na sua luta por justiça. Em muitos casos, se demora uma década para um caso ser resolvido, com a mãe, o pai, nesse luto e nessa rememoração do caso no cotidiano. A vida dessas mulheres é rememorar a violência. E ao recontar o que está acontecendo se revive isso. Esse processo nos leva ao adoecimento. Então vou falar dessas afetações e do que temos construído para vencer isso, e sabemos que não vamos vencer sozinhos.

[...] Quando a gente fala da estrutura de desigualdade racial do Brasil, é também para entender como se encara todas as políticas públicas e ações de prevenção de doenças. E estou falando do homicídio à distribuição de repelente para mosquito da dengue nesse país. Para nós, população negra e empobrecida, o direito à saúde é um direito reconhecido, mas ele não é um direito efetivado, mesmo quando temos o maior programa de saúde pública do mundo! Assim sendo, precisamos fortalecer os espaços levando em conta o fato de que para a população negra ainda é muito difícil o acesso, mesmo universal.

No dia da remoção da Associação de Moradores da Vila Autódromo, eu sou jornalista da ONG Justiça Global, uma organização de direitos humanos e estava cobrindo e apoiando a resistência dos moradores contra as ações de remoção durante as Olimpíadas<sup>12</sup>. Essa foi uma das atividades de preparação da cidade para o evento, quando uma das estratégias para pressionar as famílias a saírem foi

a prefeitura ir removendo as casas e mantendo o entulho nas favelas para criar aquele cenário de guerra, que fizesse com que as pessoas saíssem, aceitassem a remoção. Em meio ao entulho, eu caí e quebrei a perna. Fui ao Hospital Lourenço Jorge com a perna inchada e roxa numa cadeira de rodas. Entrei para falar com o ortopedista e ele perguntou: 'foi a perna esquerda ou direita?'. Ele não se dignou a olhar a minha perna! Era óbvio que se ele olhasse uma perna inchada roxa ele perceberia. Aí eu falei: foi a direita. Ele olhou o raio x e disse: 'Quebrou. Tem plano?'. Falei: 'Não, não tenho'. [...]. Depois o médico falou 'vai para casa e imobiliza', o que me levou para uma clínica particular, pois eu não sabia como imobilizar uma perna quebrada. Conto esse exemplo para ilustrar: mesmo conhecendo meus direitos, mesmo o direito à saúde sendo universal, para mim que cheguei lá e, aparentemente tendo o acesso, o direito não se realiza. Deve se considerar que tudo isso ainda é facilitado para alguém como eu, que tem a prática para argumentar com o médico.

Imagina a situação dessas senhoras que acabaram de perder o filho, que tem cotidianamente todos os direitos violados. Toda a política de ação afirmativa no Brasil visa diminuir isso, mas ainda predomina uma hierarquia social que precisamos enfrentar. Essa hierarquia está entre a classe médica e os assistidos, onde o doutor, o médico, o juiz são as instituições máximas em nosso país. Humanizar é também pôr fim a essas barreiras.

Essa articulação de mães, familiares e moradores de favela está em prol de uma agenda de lutas pela reparação integral, inspirada e incentivada no acúmulo do movimento negro sobre a reparação dos danos e violências causadas pela escravidão. Pela primeira vez, eu acho que a gente avançou porque se fala muito de reparação e a reparação para o judiciário é entendida como reparação financeira. A gente perde um ente querido e eles acham que pagando de 30 a 150 mil, para quem recebe um salário-mínimo, está compensando. Mas não é assim. Quando falamos de reparação falamos de saúde integral, de reparação psíquica, e isso surgiu no Encontro

*Internacional das Mães e Familiares de Vítimas do Terrorismo de Estado [ocorreu em Salvador, BA, 2018] uma demanda ainda não efetivada. O Estado precisa se responsabilizar pelo atendimento psicológico de suas vítimas já que foi ele quem causou todo aquele trauma. [...]. Além disso, falta sensibilização ou até formação para vários psicólogos que não têm preparo para tratar o trauma que a população negra sofre todos os dias. E diante da falta de informação precisamos avançar no debate com psicólogos e médicos sobre a questão da violência Estatal, sobre racismo, porque ao encaminhar mães sofredoras a esses profissionais ouvimos: 'Ah! Mas ela não queria fazer o tratamento...'. Mas o que se verifica é que o profissional não tem a dimensão do horror que essas famílias têm passado. Então as coisas são mais complicadas do que parecem.*

## **Integralidade, determinantes sociais e racismo [Rachel Barros]**

*Vivemos entristecidos, vivemos exauridos, sabe? Isso não é à toa! E tem uma coisa muito cruel que a gente costuma ouvir: que pobre não tem depressão, pobre não sofre, pobre não tem problema...*

*Eu faço parte do Fórum Social de Manguinhos, que é um coletivo que surgiu aqui em 2007, pela luta por garantias aos moradores de participarem das obras do PAC, o Programa de Aceleração do Crescimento. Entrei em 2009, estou nele até hoje porque é um espaço que garante o posicionamento crítico dos moradores, é um espaço de aprendizado também. Foi também nesse território que aprendi que a saúde não é ausência de doença quando aprendi sobre os Determinantes Sociais da Saúde, um conceito que desconstrói essa nossa ideia do senso comum e associa esse nosso debate sobre a saúde à produção do espaço onde a gente vive.*

*Estamos aqui na Fiocruz, um espaço maravilhoso, mas estamos também em Manguinhos, um lugar que passou por uma obra de um vulto de mais de 400 milhões de reais e continua tendo problemas de saneamento básico, problemas de pessoas que têm suas casas rachadas pelas intervenções do PAC, problemas de pessoas que em muitas situações não têm recebido tratamento médico. Então quando falamos de determinantes sociais também estamos falando disso né? Estamos falando de todos esses processos que acontecem no ambiente e determinam a forma como a pessoa vai ter uma relação com a ausência ou presença de doenças. Foi nesse território que reconheci todas essas dimensões e que a gente também começou a discutir sobre esses impactos da violência.*

*Vocês já devem ter ouvido falar que a Rua Leopoldo Bulhões foi intitulada como Faixa de Gaza. Na Av. dos Democráticos, temos a Esquina do Medo. Existem todos esses espaços que foram renomeados por conta da associação com a violência urbana, que é um fenômeno que tem múltiplas causas. E não é, de forma alguma, culpa de um indivíduo, apesar de que, pela forma como as políticas públicas são colocadas, violência vai ser identificada com sujeitos específicos: as favelas e os moradores de favelas, majoritariamente negros. Então é disso que estamos falando.*

*Vi dados interessantes que mostram que o Brasil tem 6% da sua população, ou seja, 11 milhões de pessoas, com depressão, sendo o maior índice da América Latina. Esse ano, nos primeiros cinco meses, o INSS registrou o aumento de 17% no número de pessoas afastadas do trabalho por motivo de depressão.*

*[...] Mas por que a depressão agora é o mal do século? Porque a depressão é a doença que está aí é atacando todo mundo? Porque nós vivemos nesse sistema dessa forma: vivemos entristecidos, vivemos exauridos, sabe? Isso não é à toa! E tem uma coisa muito cruel que a gente costuma ouvir: que pobre não tem depressão, pobre não sofre, pobre não tem problema... Eu fiquei pensando muito em uma música que ficou*

eternizada na voz da Elza Soares, 'A Carne', que fala: 'a carne mais barata do mercado é a carne negra, que vai de graça pro presídio, pra debaixo do plástico, que vai de graça pro subemprego e para os hospitais psiquiátricos...'. Então, a depressão não é vista como doença de pessoa pobre e preta, mas a depressão ataca essas pessoas e isso não é um fator psicológico que surgiu do nada, né? É algo que acomete muitas pessoas e têm razões estruturais. Tem uma matéria da BBC falando sobre a estigmatização que as pessoas sofrem: 'em sua tese de mestrado da Universidade Federal de Feira de Santana (BA) uma pesquisadora americana – Jenny Rose Smolen, propõe uma revisão na relação entre raça e transtornos mentais no Brasil. Analisando 14 pesquisas sobre transtornos mentais, ela chegou à conclusão de que não brancos têm mais tendências a sofrer com doenças como depressão. Segundo ela, esse problema não está ligado a fatores genéticos. Existe também, segundo a especialista em psicologia social Gabriela Moura, o impacto bioquímico. Quando você se vê diante de um perigo seu nível de cortisol aumenta. Nosso corpo foi feito para que isso aconteça no período de 5 a 10 minutos de forma que você entre rapidamente em estado de alerta para fugir do perigo'<sup>13</sup>. Só que, quando se vive em uma situação de preconceito e violência social, a gente se vê nessa situação o tempo todo! Então o indivíduo passa 24 horas em estado de alerta, não sabendo se ele vai ser bem recebido, não sabendo se ele vai sofrer violência policial, violência urbana, ou seja, em outras palavras, é isso o que a música está dizendo. Para uma pessoa que sofre violência cotidianamente é mais do que natural, é mais do que óbvio que ela não vai ter um estado psíquico muito saudável. [...]. Então existe toda uma questão que envolve a violência urbana e como ela se apresenta gerando danos à população preta.

Uma questão que para mim é muito importante é: onde o setor saúde entra nisso, porque aconteceram aqui em Manguinhos casos que foram muito emblemáticos dessa relação no que se refere à violência letal em si. Em 2013, faleceu o filho de uma companheira nossa, a Fátima Pinho. O filho dela foi espancado por policiais num beco até a morte.

O filho dela foi encaminhado para a UPA onde ela não conseguia entrar. Só entravam os policiais e foi dito que tentaram ressuscitar o rapaz lá. Só que o filho, que ela já havia pego no colo, foi encaminhado morto para a UPA, o que já era sabido.

É de âmbito nacional que existe um sistema de notificação para violências, que é compulsório, legislado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), pelo Estatuto do Idoso e que é obrigatório e importante quando envolve o interesse público ou diz respeito a crianças e adolescentes, ou seja: a comunicação do ocorrido para outros setores de interesse público, Ministério Público, Defensoria e outros órgãos. Só que essa notificação não acontece ou é insignificante ou subnotificada. Nesse caso específico, houve uma nota da própria PM dizendo que o jovem chegou lá e que houve tentativas de ressuscitá-lo, o que se contrapõe ao relato da mãe. E o que se observou foi que houve, digamos, uma convivência do sistema de saúde com esse tipo de situação de violência extrema, quando o laudo oficial produzido no sistema de saúde expressou a narrativa dos policiais, quando poderia ter sido um documento que expressasse a realidade em defesa do direito humano infringido por tamanha situação de violência.

Assim como neste caso, um jovem, o Mateus, que morreu aqui pelo uso por parte de um policial de uma pistola teaser, ao chegar à UPA não teve notificada a agressão com essa pistola. Então qual é a importância do setor saúde na garantia de direitos, na prevenção das violações que essas pessoas sofrem? Uma coisa muito relevante é: como esses setores que, em princípio, são vistos de maneira fragmentada e estanque são importantes para somar esforços nas garantias de direitos, não apenas na saúde, mas também em outras áreas? Não seria essa integração um fator fundamental como prática da almejada 'intersectorialidade e integralidade na saúde'?

A Silvia, que mora em São Gonçalo, relatou que uma jovem chegou no hospital onde ela trabalha como enfermeira. A menina chegou dizendo que foi estuprada em uma festa e ela não conseguiu

atendimento, nem a profilaxia, nem nada. Essa jovem voltou para casa e tentou o suicídio. Então quando falamos da integralidade, estamos buscando dimensões de garantia de direitos, e um profissional de saúde pode entender sua importância e atuar nesse processo. Ao escolher essa perspectiva ele está também escolhendo um lado de atuação. Isso não é fácil porque notificar a violência é algo que gera situações de constrangimento, mas precisamos encontrar estratégias para fazer isso. A notificação não deveria estar em nome de um profissional, mas da instituição. Mas sabemos como esse serviço do preenchimento dessa ficha, que é altamente complexa, também colabora com esse tipo de situação.

Pensar na questão do cuidado no ambiente institucional de saúde é também pensar como o racismo institucional acontece nesses espaços, porque quando falamos não só do autocuidado, não apenas das pessoas terem uma vida plena, de não terem estresse... estamos falando de como um profissional consegue ou não acompanhar o paciente, do profissional que não consegue encaminhar, do profissional que não olha pro corpo do paciente, que atende olhando pra baixo... Porque as pessoas precisam daquilo que o SUS já diz: de um atendimento humanizado. O profissional precisa se reumanizar. Sabemos que trabalhar com o público em um ambiente institucional é desafiador porque as relações são difíceis de ambos os lados. Mas queremos deixar claro que aquele que está do outro lado sofre violência todos os dias. E toda essa trajetória, todo esse histórico, os profissionais não vêm, porque não aparece na TV. Se você não sentar com uma pessoa para você ouvir o que ela está trazendo, se não vai sequer tentar saber, como você vai colaborar com ela? Muitas vezes o problema não é somente o de que ela quebrou um braço, mas também de que ela precisa ser encaminhada para um profissional do serviço social para resolver o problema de que não tem os documentos necessários para receber o Bolsa Família. E aí voltamos às dimensões da intersectorialidade, da integralidade e dos Determinantes Sociais da Saúde.

## Adoecimentos, tortura e o ‘deixar morrer’ como violência estatal [Patrícia Oliveira]

O Ryan, que teve noventa por cento do corpo queimado, estava em coma e permanecia algemado. Foi recebido pelo médico que falou: ‘você quer que a gente tire as algemas desse bandido e assassino?’.

A Vera Flores, uma das Mães de Acari, em função da filha ter desaparecido, adquiriu uma diabetes emocional que chegava a 500, 600... Um dia, quando estávamos andando na rua, ela falou que seu sapato havia se quebrado em baixo. Olhamos e vimos que o sapato não estava quebrado. Ela foi para casa, o pé começou a inchar e viu que o osso do pé é que havia se quebrado no meio. [...] os dedos do pé dela já estavam pretos. Então, gangrenou muito rápido, de um dia pro outro e ela teve que amputar a metade do pé. Vera foi internada no Hospital Getúlio Vargas, passando por mais dificuldades porque não conseguia que ela tivesse o atendimento que deveria ter. Fomos para a porta do hospital, fizemos uma manifestação e só a partir daquele dia ela começou a ter o tratamento que deveria ter. Passaram-se dois anos e ela foi piorando da diabetes pelo fato de não ter encontrado a Cristiane. Foi piorando, piorando e veio a falecer. Mas se lá no início tivesse tido o acompanhamento de saúde que merecia... Não é só a necessidade de uma política de saúde. São os médicos, os técnicos de enfermagem, os profissionais que não têm mais aquele compromisso com o atendimento. Quando uma pessoa perde um familiar de forma violenta, ao longo do tempo, ela acaba adquirindo algumas doenças. São aneurismas com mortes prematuras, entre muitas outras doenças<sup>14</sup>.

Há quatro anos, nove meninos foram queimados porque houve um curto circuito no alojamento (que na verdade é uma cela) do Degase [Departamento Geral de Ações Socioeducativas].

Esses meninos foram colocados dentro de uma kombi: um grudado no outro, estando eles queimados, e levados para os hospitais do Andaraí, pro Souza Aguiar e Pedro II. O Ryan, que teve 90% do corpo queimado, estava em coma e permanecia algemado. Foi recebido pelo médico que falou: 'você quer que a gente tire as algemas desse bandido e assassino?'. O Ryan morreu algemado estando em coma. Como é que uma pessoa em coma pode ser considerada uma ameaça? Sobre o outro menino, que depois veio a falecer também, os médicos disseram: 'ele se mexe... então tem que ficar algemado sim'. Só que os médicos não entenderam que ele estava ali todo queimado, que ele sentia dor, não sabia como fazer as necessidades, então pra ele tudo era uma inquietação.

Tivemos que ter um revezamento entre os grupos 'Cededita' [Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente] que é da Defensoria Pública e trabalha com crianças e adolescentes, o 'Mecanismo' [Mecanismo Estadual de Combate à Tortura] e a 'Pastoral do Menor' e todos os dias íamos aos hospitais para tentar garantir o mínimo apoio a esses adolescentes. O Ryan e o outro menino morreram, depois os outros meninos tiveram alta.

Na quarta-feira, o grupo de apoio foi ao Souza Aguiar e ao Andaraí quando soubemos que eles não tinham condições de ter alta porque ainda estavam muito queimados. Na quinta-feira, recebemos uma ligação da Defensoria dizendo que os meninos iriam ter alta naquele dia e que iriam para o Degase. Na sexta-feira, fomos à unidade em que eles estavam. Foi dito para a juíza que havia condições para que eles ficassem nos alojamentos. Os alojamentos ficavam em meio a uma mata que produzia uma grande quantidade de mosquitos. Os basculantes tornavam o quarto muito quente pelo sol o dia todo. As orientações médicas para os meninos foram: três trocas de roupas, lençóis, fronhas e curativos por dia. Quando conversamos com o diretor da unidade, foi dito que ninguém havia informado sobre esses procedimentos e que nem mesmo havia lençóis

na unidade. Fizemos uma coleta entre os trabalhadores para a compra de roupas de cama e toalhas para garantir as trocas diárias e os curativos.

Isso tudo me chocou muito porque independente do que a pessoa fez, o médico faz um juramento de salvar vidas e seu papel não é julgar delitos procurando saber o que cada pessoa fez. Mas isso é o que acontece constantemente.

Outro dia um adolescente, o Renato, levou oito tiros e foi levado para o Hospital Miguel Couto. Recebemos uma denúncia por telefone de que os médicos não chegavam perto do adolescente. Ligamos para o hospital, Defensoria e Ministério Público e só então o Renato começou a ter um tratamento. Renato estava todo machucado pelos tiros e logo teve alta da emergência, o que não significava que teria que desocupar sua vaga no hospital. Nesse processo, a Polícia Militar retirou o Renato do hospital e o colocou em uma viatura. O menino foi levado para uma delegacia e não foi permitido que sua mãe o acompanhasse. Começamos então uma busca do Renato por meio de ligações telefônicas para se saber para onde havia sido levado. O diretor do hospital afirmava que o adolescente Renato estava na emergência, enquanto a promotora já estava com uma foto do Renato no interior da viatura da polícia, tendo depois sido informado que o adolescente havia sido encaminhado para a 14ª DP no Leblon para prestar depoimento. Alertamos o delegado para o fato de que o adolescente deveria ser encaminhado para o Departamento de Polícia da Criança e do Adolescente (DPCA). Assim, Renato saiu do Leblon e foi levado para a DPCA no centro da cidade, onde verificou-se que na documentação o adolescente estava com o nome errado, tendo que voltar para o hospital para ter seu nome corrigido e depois seguir para a delegacia. Depois, o Degase não queria recebê-lo porque a polícia não poderia tê-lo retirado do hospital. Como já era tarde da noite, decidiram recebê-lo para evitar que ele ficasse circulando machucado pela cidade, pois estava cheio de curativos tendo levado nada menos que oito tiros!

*Aponto aqui a necessidade de se discutir na formação profissional, [além das técnicas] também a ética profissional, o compromisso com a saúde humana porque as pessoas não olham para o outro como olham para si próprias. É necessário lembrar aos estudantes que eles têm um compromisso ético de auxílio mesmo àqueles que cometeram delitos. Um profissional não pode apenas deixar morrer. Se vê falar muito em cuidado, inclusive o slogan do prefeito era o compromisso com o cuidado, mas o que se vê é que esse cuidado não existe.*

A fala de Patrícia Oliveira trata de uma ética do cuidado, sendo ela mesma um exemplo de um intenso esforço nessa direção, ao atuar no Mecanismo de Combate à Tortura, lutando para garantir o atendimento para Renato, adolescente que levou oito tiros em 2018. Esse caso apresenta muitos aspectos em comum com o que Patrícia vivenciou com seu irmão, Wagner, que, como dissemos, estava entre as vítimas da Chacina da Candelária. Wagner também levou oito tiros, em 1993, um deles no rosto, tendo uma das balas se alojado em seu pescoço – quando, não só sobreviveu, como prestou depoimento, tendo reconhecido dois policiais militares que participaram da matança de oito adolescentes em frente à igreja da Candelária no centro do Rio de Janeiro. Uma reportagem da época na TV, disponível na internet<sup>15</sup>, mostra Wagner tomando soro na delegacia, sendo que, nessa ocasião, o jovem foi assistido durante o depoimento por uma médica do SUS. Hoje ele é a principal testemunha no processo judicial e está no Programa de Proteção a Vítimas e Testemunhas, vivendo exilado na Suíça, após ter sobrevivido a mais um atentado, em que levou mais quatro tiros, na Central do Brasil em 1994.

De lá para cá, a militarização e a letalidade da violência policial se ampliaram muito. É urgente incorporar esse debate nas formações em saúde, pensando a integralidade da produção da saúde com questões de cor – como ressaltaram Rachel Barros e Gláucia Marinho –, pois é a população negra quem está sendo

morta, seja por bala ou tristeza – e com gênero: o cuidado ainda é considerado tarefa feminina, como nos mostra a imensa maioria de mulheres entre os familiares de vítimas na luta por direitos humanos, justiça e reparação.

## Considerações finais

Na intenção de aprofundar o diálogo, considerando os movimentos sociais dos quais participamos, destacamos aspectos que apontam para transformações estruturais que identificamos como necessárias para que avancemos em direção a modelos de sociedade que superem as violências com as quais convivemos e contra as quais temos resistido e lutado intensa e coletivamente ao longo dos séculos.

Como destacou Gláucia Marinho, para sustentar essa resistência hoje ancoramos nossa utopia no conceito de Bem Viver. Esse conceito tem origem em movimentos sociais indígenas da América Latina, tendo sido incorporado recentemente nas constituições da Bolívia e do Equador. Se refere a uma ampla expectativa de bem-estar coletivo envolvendo tanto a proteção incondicional da natureza quanto uma visão crítica a modelos burgueses de desenvolvimento.

A expressão Bem Viver é uma tradução da expressão *Sumak Kawsay*, da língua quéchua equatoriana, ou *Sumak Qamaña* do dialeto aimará boliviano, sendo uma ideia que está presente entre quase todos os povos indígenas de *Abya Yala* (ou América Latina). Nasceu da resistência histórica desses povos, sendo proposta para o conjunto da sociedade como alternativa à ideia de progresso discriminatório e violento. Seus princípios são: relação, complementaridade, reciprocidade e correspondência, considerando que as visões de tempo e espaço são complexas. O Bem Viver questiona a fundo a modernidade e seus conceitos, não sendo apenas uma reivindicação de e para os indígenas, sendo também apontada no momento como a alternativa mais importante que se tem para se sair das dimensões

desumanas que caracterizam o capitalismo e a modernidade. Segundo o economista Pablo Dávalos, que foi vice-ministro da economia do Equador, os povos indígenas latino-americanos

[...] consideram que é necessário avançar um passo além do socialismo e da crítica realizada pela economia política ao capitalismo. Isso se deve ao reconhecimento de que as estratégias e os dispositivos de poder na América Latina não são apenas econômicos, mas também raciais. Os indígenas não apenas são explorados como também invisibilizados ontologicamente. Essa invisibilização ontológica se produz também em relação às mulheres e aos povos afros. Os mecanismos de poder, na América Latina, foram além da teoria tradicional da mais-valia como exploração da força de trabalho. É necessária, por consequência, uma teoria crítica que compreenda os mecanismos de discriminação, exclusão e violência apoiados nas ideias de raça, etnia e gênero<sup>16</sup>.

Assim, ao destacarmos o Bem Viver, apontamos a necessidade urgente de superar uma ideia de progresso individualizado, com seres humanos fragmentados de sua relação comunitária, com a natureza e com sua própria história em direção à concretização de um conceito de saúde que pode ser definido com base na concepção de

estar vivo e em condição de nos objetivarmos como humanos, de realizarmos em cada um de nós o máximo dentro do que a humanidade já estabeleceu como possibilidade<sup>17(957)</sup>.

Tendo como foco a importância do compromisso legal assumido pelo SUS, Rachel Barros traz a importância dos DSS. A princípio, esse conceito reivindica fatores mensuráveis relativos a itens que, com base em nossa Constituição, são de responsabilidade do Estado. Este, para promover saúde deve garantir à grande maioria da população, que sofre com as violências relativas às desigualdades, o acesso ao saneamento básico, habitação,

cultura, lazer, alimentação, trabalho, serviços de educação e saúde de qualidade, entre outros. Contudo, o principal debate que assumimos aqui está ligado ao fato de que a oferta desses itens transformando-os em índices percentuais positivos no interior de uma sociedade capitalista individualista, por si só não garantem nossa saúde universal se não enfrentarmos os ‘processos de determinação’ da saúde e da doença para além desses fatores, ou seja, por meio de uma reorganização social que esteja realmente comprometida com a construção de contextos de produção social, cultural e política da saúde e da vida. Nesse sentido, a construção de uma sociedade que construa processos pró-saúde e pró-vida relaciona-se com o conceito de Bem Viver, trazido por Glaucia Marinho no que se refere aos movimentos das mulheres negras e coloca-se como contraponto às forças hegemônicas de interesse do capital que transformam os itens determinantes da saúde em mercadorias para poucos.

Em que pesem os interesses da expansão do capital, vimos que, há cinco séculos, o racismo legitimou os interesses da expansão mercantilista e da acumulação primitiva de capital europeia e segue sendo central para entendermos a política e o poder na contemporaneidade. Assim como a noção de saúde coletiva buscou criticar determinadas razões de estado da modernidade, como a medicalização do espaço social, apostando na construção social e multicultural dos processos de saúde e doença, é preciso aprofundar a discussão sobre raça e racismo. Autores como Michel Foucault e Achille Mbembe trazem contribuições imprescindíveis ao entendimento da função do racismo nos estados modernos e, sobretudo, com Mbembe, nos estados com forte herança colonial, como o Brasil.

Sabemos que a medicalização do corpo social ou da população, fenômeno referenciado no século XIX, irá se caracterizar, segundo Foucault, cada vez mais como um poder sobre a vida, o assim chamado biopoder<sup>18</sup>. Por meio do discurso racial e racista, produziram-se intervenções nesse corpo que, no limite, acabaram

por impor-se como políticas de morte, o que Mbembe, inspirado em Foucault, denomina de necropolítica<sup>19</sup>. Segundo esse autor, esse é o conceito que explica como se torna aceitável que uns morram em nome da defesa da sociedade<sup>20</sup>, construindo-se a noção de um inimigo interno à sociedade em bases racistas.

Vale ressaltar que, para além do comércio de armas e todo o complexo industrial-prisional-militar relacionado com o aparato securitário que alimenta os assassinatos racistas vinculados às ditas políticas de segurança pública, outras formas de assassinar pretos e pretas se constroem no interior desse mesmo Estado. Ou seja: quando se ‘deixa morrer’, ou ainda, quando o funcionalismo público – representante do Estado – oculta informações (como no caso dos laudos que não revelam as causas das mortes, segundo a narrativa de Rachel Barros), ele está fazendo uma gestão da morte e da vida, ele está produzindo falsas verdades e exercendo uma certa ‘razão de Estado’ que endossa uma política de morte. Essa mensagem também fica clara pelo depoimento de Patrícia Oliveira que vai revelando como os silenciamentos/ocultamentos são estratégias de produção de verdades a serviço da morte com requintes racistas de crueldade que remetem às torturas dos corpos escravizados.

Esse é o contexto que Fátima Lima identifica como base para construir as relações entre biopoder, biopolítica e necropolítica<sup>21</sup>. Essa autora convoca a noção de bionecropolítica como referência para analisar o que acontece hoje no que se refere ao genocídio da população negra, bem como todas as questões e vivências transversalizadas pela raça. Lima destaca que a vida em comum no Brasil se construiu como uma sociedade em torno de uma gramática sociorracial sustentada pelo mito da democracia racial e da cordialidade, caracterizando o ‘racismo à brasileira’ como um ‘crime perfeito’. Esse termo foi cunhado pelo antropólogo africano e professor da USP, Kabenguele Munanga, que considera que todos os racismos são abomináveis, mas o racismo

brasileiro é considerado pelo professor um crime perfeito no sentido de que permanece matando pelo silêncio social em que está engendrado quando você não encontra ninguém que seja racista, quando ninguém se assume, mas o racismo e a discriminação existem. Para além da morte física e da exclusão Munanga destaca a morte da consciência, tanto do algoz como da sociedade que é vítima das ações de violência em meio ao silêncio, ao não dito<sup>22</sup>.

É no sentido de um apelo para a quebra desse silêncio em direção à tessitura de relações sociais que garantam saúde para todos que expomos aqui nossas experiências de dor e de aprendizado na construção de cuidados.

Dedicamos este texto aos familiares, em especial às mães de vítimas do terrorismo de Estado, reforçando a aliança entre todos e todas que têm resistido e se dedicado coletivamente à luta por justiça e pela memória dos que tombaram no caminho.

## Colaboradores

Barros R (0000-0002-4293-1853)\* contribuiu para a narrativa/testemunho na mesa da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que originou o presente estudo, e revisão do texto final. Bonatto MP (0000-0003-4153-1230)\* contribuiu para a organização, argumentação e pesquisa temática bem como foi responsável pela transcrição das falas na mesa da Abrasco, que originou o presente estudo. Ferreira M (0000-0002-6709-0421)\* contribuiu para a organização, argumentação e pesquisa temática, bem como foi responsável pela organização e mediação da mesa da Abrasco, que originou o presente estudo. Marinho G (0000-0003-4311-836X)\* contribuiu para a narrativa/testemunho na mesa da Abrasco, que originou o presente estudo, e revisão do texto final. Oliveira P (0000-0002-0321-9812)\* contribuiu para a narrativa/testemunho na mesa da Abrasco, que originou o presente estudo, e revisão do texto final. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Anais do 12. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [internet]; 26-29 jul 2018; Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2018. [acesso em 2019 jul 24]. Disponível em: <http://www.saudecoletiva.org.br>.
2. Kilomba G. Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
3. Carneiro S. Escritos de Uma Vida. São Paulo: Pólen Livros; 2019.
4. Arruda AE, Viegas CS, Alves, CRL, et al. Formação e Pesquisa em Saúde: Relato de Experiência na Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. educ. med.* [internet]. 2012 [acesso em 2019 jul 24]; 36(supl1):2-110. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022012000200014>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
6. Scherer-Warren I. Redes de movimentos sociais. São Paulo: Loyola; 2005.
7. Soares R. Proporção de negros, pardos e adolescentes cresce entre mortos pela polícia no Rio. [internet] *Jornal Extra*. 2019 Set 8. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <http://extra.globo.com/casos-de-policia/proporcaode-negros-pardos-adolescentes-cresce-entre-mortos-pela-policia-no-rio-23934628.html>.
8. Birman J. A Physis da saúde coletiva. *Physis*. [internet]. 2005 [acesso em 2019 set 16]; 15(supl.):11-16. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300002&lng=en).
9. Birman P, Leite M, organizadoras. Um Mural para a Dor: movimentos cívicos religiosos por justiça e paz. Porto Alegre: UFRGS; 2004.
10. Vianna A, Farias J. A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. *Cadernos Pagu*. 2011; jul-dez:79-116.
11. Araújo FA. Do Luto à Luta: a experiência das mães de Acari. [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade do Rio de Janeiro; 2007. 141 p.
12. Magalhães AA. Remoções de Favelas no Rio de Janeiro: entre formas de controle e resistências. Curitiba: Appris; 2019.
13. Marques T, Giacomo F. O estigma enfrentado nas periferias pelas pessoas com depressão: 'Pobre não pode se dar ao luxo de não sair da cama' [internet]. *BBC News Brasil*. 2019. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-44400381>.
14. Ferreira M. Direitos Humanos e Psicologia: sobre cascas, feridas e lampejos. In: Conselho Regional de Psicologia. *Experiências em Psicologia e Direitos Humanos: caderno de trabalhos do II Prêmio Maria Beatriz Sá Leitão*. Rio de Janeiro: CRP 05; 2017. [acesso em 2019 jul 24]. Disponível em: [http://www.crpjrj.org.br/site/wpcontent/uploads/2017/08/caderno\\_IIbia.pdf](http://www.crpjrj.org.br/site/wpcontent/uploads/2017/08/caderno_IIbia.pdf).
15. Chacina da Candelária: sobrevivente identifica dois policiais. [internet]. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/1052099>.
16. Dávalos P. 'Os dispositivos de poder na América Latina não são apenas econômicos, mas também raciais. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <http://www.epsv.fiocruz.br/noticias/entrevista/os-dispositivos-de-poder-na-america-latina-naosao- apenas-economicos-mas-tambem>.
17. Albuquerque GSC, Silva MJS. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde debate* [internet]. 2014 [acesso em 2019

- out 8]; 38(103):953-965. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400953&lng=en).
18. Foucault M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
19. Mbembe A. Necropolítica. Arte & Ensaios [internet]. 2016 [acesso em 2019 out 8]; 2(32):123-151. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>.
20. Foucault M. Em Defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 1999.
21. Lima F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. [internet] Arq. bras. psicol. 2018 [acesso 2019 out 8]; 70(esp):20-33. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v70nspe/03.pdf>.
22. Munanga K. “Um intérprete africano do Brasil: Kabenguele Munanga” [internet] 2017. [acesso em 2019 out 8]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/142366/137498>.

---

Recebido em 09/06/2019

Aprovado em 15/10/2019

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve