



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Mariana Brêttas Veiga

**Quem vai catar os cacos dos corações?** Escrevivências sobre as mães que ficam, vivem ou sobrevivem com a dor da perda de filhos pela violência armada

Rio de Janeiro

2022

Mariana Brêttas Veiga

**Quem vai catar os cacos dos corações?** Escrevivências sobre as mães que ficam, vivem ou sobrevivem com a dor da perda de filhos pela violência armada

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane Batista Andrade.

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Jeane Saskya Campos Tavares.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Who will pick up the shards of hearts?  
Writings about mothers who stay, live or survive with the pain of  
losing their children by armed violence.

V426q Veiga, Mariana Brêttas.  
Quem vai catar os cacos dos corações? Escrevivências sobre as mães que ficam, vivem ou sobrevivem com a dor da perda de filhos pela violência armada / Mariana Brêttas Veiga. -- 2022.  
65 f.

Orientadora: Cristiane Batista Andrade.  
Coorientadora: Jeane Saskya Campos Tavares.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.  
Bibliografia: f. 61-65.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Genocídio. 3. Racismo. 4. Violência. 5. Saúde da População Negra. I. Título.

CDD 303.6

Mariana Brêttas Veiga

**Quem vai catar os cacos dos corações?** Escrivências sobre as mães que ficam vivem ou sobrevivem com a dor da perda de filhos pela violência armada

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 22 de julho de 2022.

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Erotildes Maria Leal  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.<sup>a</sup> Dra. Roberta Gondim de Oliveira  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jeane Saskya Campos Tavares (Coorientadora)  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cristiane Batista Andrade (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

Aos meus pais, Maria Eugênia e Oscar, por sempre acreditarem em mim.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico esse trabalho a todas a Neides, em especial a Kelly e Ana Paula. Neides reais que motivaram e inspiraram a realização deste estudo.

Agradeço a meu pai e minha mãe por sempre me incentivarem e me apoiarem em tudo. Por serem minha base, minha estrutura. À minha mãe fonte de inspiração, independência, força, coragem e dedicação. Agora, mãezinha somos nós duas nessa vida... Vamos seguindo juntas estudando e lutando por um mundo melhor!

Agradeço ao meu pai que sei foi logo nos primeiros meses da pandemia... Paizinho, só sei lhe agradecer por ter tido a benção de ser sua filha. Pai carinhoso, dedicado, batalhador que junto de minha mãe criou uma filha médica e agora Mestre! De todas as dificuldades de um mestrado que era presencial que virou online em meio à maior pandemia do século, ter perdido você para a Covid-19 foi o pior dos acontecimentos. Mas, tenha certeza que só cheguei aqui porque sei que se eu desistisse, como pensei inúmeras vezes, meu pai não iria gostar nada, nada. Sempre o imaginava você dizendo: Está errada, vai desistir por quê? Não, não vai desistir! Estuda mais e pronto! Viu, paizinho eu não desisti e agora serei Mestre em Saúde Pública! Não foi fácil estudar luto, vivenciando o maior luto da minha vida, mas eu consegui! Mãe, pai esse título é uma conquista nossa!

Agradeço à Tia Cândida, pela parceria, apoio e cuidado em forma de muitas comidinhas deliciosas!

Agradeço a João, meu companheiro e meu melhor amigo que chegou em minha vida trazendo tanto movimento, amor, alegria, cuidado e incentivo!

Agradeço as minhas amigas e primas por todo o incentivo, carinho e escuta nos momentos de alegria e também nos mais difíceis.

Agradeço a minha psicóloga Aline por me ajudar a ter as ideias no lugar com muita escuta e banhos de ervas!

Agradeço os colegas de turma que mesmo através das telas conseguimos boas trocas, apoio e incentivo mútuo! Agradeço em especial a Monique França, Raquel Chaves, Camilla Baptista, Renata Vieira por serem fonte de inspiração diária na saúde da família, por me apoiarem, escutarem minhas dúvidas, ajudarem nos momentos de falta de animo com carinho, apoio, palavras certeiras e carinhosas.

Agradeço em especial a Rita Borret por ser minha referência como mulher negra médica de família e comunidade, em quem me inspiro diariamente e tenho privilégio de poder aprender

coisas novas a cada conversa. Agradeço imensamente tudo o suporte, disponibilidade e paciência que tem comigo.

Agradeço ao Coletivo NegreX por me apresentar ao estudo da saúde da população negra e a construção do entendimento crítico sobre minha negritude. Ao quilombamento que me fez e faz conhecer pessoas incríveis sem as quais a trajetória até aqui não seria possível.

Agradeço à Cristiane, minha orientadora, que foi como uma mãe, que nos momentos mais difíceis pegava em minha mão para que eu conseguisse seguir, mesmo que virtualmente. Pelas orientações leves na quais dávamos risadas, agradecíamos às deusas trocando dicas de autocuidado, incensos e óleos essenciais. Agradeço sua condução gentil, carinhosa e paciente na construção desse trabalho. Sem seu suporte e incentivo delicado e caloroso eu não conseguiria chegar até aqui!

Agradeço à Jeane, minha coorientadora, que deu o tom e à direção a esse trabalho. Sua chegada às vésperas da qualificação foi a melhor surpresa desse mestrado! Ter o privilégio de ser orientada por uma mulher preta que eu já admirava foi maravilhoso! Sua voz calma com falas certas e precisas foram fundamentais para a trajetória desse mestrado. Embarcar na luta de racialização do luto com você certamente foi uma boa escolha! Você trouxe o axé baiano e ancestralidade para nossas orientações!

Agradeço a Coordenação do MPAPS, em especial a Adriana e Elyne pela compreensão e apoio nessa trajetória.

Agradeço a todos que de alguma forma me apoiaram, me incentivaram e acreditaram em mim e na importância desse trabalho. Agradeço a todas as mulheres negras que lutaram para que hoje eu possa ser uma mulher negra, médica e agora Mestre em Saúde Pública!

*Cabô, vinte anos de idade  
Quase vinte e um  
Pai de um, quase dois  
E depois das 20 horas  
Meu filho, volte pra casa!  
Cabô*

*Ô, Neide, cadê menino?*

*Cabô, quinze anos de idade  
Incompletos seis  
Eram só 6 horas da tarde  
Cabô, cadê menino?*

*Quem vai pagar a conta?  
Quem vai contar os corpos?  
Quem vai catar os cacos dos corações?  
Quem vai apagar as recordações?  
Quem vai secar cada gota?  
De suor e sangue  
Cada gota de suor e sangue  
De suor e sangue  
Cabô.*

*(LUEDJI LUNA, 2017).*



## RESUMO

Os dados sobre morte por violência armada no Brasil, demonstram que a juventude negra é a parcela da população que mais morre e com tendência a crescimento, sendo o risco de um jovem negro morrer por homicídio no Brasil maior que o de uma pessoa branca. Os dados de mortes por violência armada quando desagregados por raça/cor sempre evidenciam a ocorrência do genocídio da juventude negra em curso em nosso país. A experiência como médica, negra, especialista em saúde da família trabalhando em Unidades Básicas de Saúde em favelas da cidade do Rio de Janeiro, as quais convivem quase diariamente com a violência armada, trouxe para a vivência diária do consultório, dos grupos e das visitas domiciliares muitos relatos e queixas relacionadas a violência armada muito presente nesses territórios periféricos motivando esse estudo. Diante disso, muitas indagações e questionamentos culminaram no desejo e na necessidade de estudar e aprofundar os conhecimentos sobre violência armada com o recorte interseccional de gênero, raça e classe social. É um estudo qualitativo que utiliza a metodologia da Escrivivência, cunhada por Conceição Evaristo, para apresentar analisar as repercussões que ocorrem na saúde mental de mulheres negras que perderam seus filhos/as em decorrência da violência armada nas favelas durante o processo de luto.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da população negra; genocídio; racismo; escrevivência.

## ABSTRACT

Data on death from gun violence in Brazil show that black youth is the portion of the population that dies the most and tends to grow, with the risk of a young black person dying from homicide in Brazil greater than that of a white person. Data on deaths from armed violence, when disaggregated by race/color, always show the occurrence of the genocide of black youth underway in our country. The experience as a doctor, black, specialist in family health working in Basic Health Units in slums in the city of Rio de Janeiro, which live almost daily with armed violence, brought to the daily experience of the office, the groups and the visits many household reports and complaints related to armed violence very present in these peripheral territories motivating this study. In view of this, many inquiries and questions culminated in the desire and need to study and deepen knowledge about armed violence with the intersectional cut of gender, race and social class. It is a qualitative study that uses the *Escrevivência* methodology, coined by Conceição Evaristo, to present an analysis of the repercussions that occur on the mental health of black women who have lost their children as a result of armed violence in the favelas during the grieving process.

Keywords: primary health care; black population health; genocide; racism; *escrevivencia*.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Clínicas da Família
CLAVES	Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SPN	Saúde da População Negra
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VA	Violência Armada

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	15
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
3.1	OBJETIVO GERAL.....	17
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	18
4.1	ESCRAVIZAÇÃO, NECROPOLÍTICA E VIOLÊNCIA DO ESTADO.....	18
4.2	SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	23
4.3	SAÚDE DE MULHERES NEGRAS E O LUTO .....	28
<b>5</b>	<b>OS CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS NA PESQUISA</b> .....	35
<b>6</b>	<b>ESCREVIVÊNCIA</b> .....	40
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES SOBRE A RACIALIZAÇÃO DO LUTO</b> .....	59
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	61

## 1 INTRODUÇÃO

Cabô, vinte anos de idade  
Quase vinte e um  
(LUNA, 2017).

A história brasileira foi construída e alicerçada sobre um passado escravocrata, no qual negros e negras foram sequestrados de diversas regiões da África Subsaariana e trazidos à força em navios, sob condições desumanas para servir de mão de obra escravizada no Brasil. Estima-se que mais de 5 milhões de africanos chegaram ao território brasileiro (VERGNE, 2014, p. 68). A economia brasileira não existiria sem o trabalho dos povos aqui identificados como negros escravizados pelos colonizadores europeus, pois foi com suor e sofrimento do trabalho braçal destas pessoas que se plantou, colheu, alimentou, construiu e extraiu as riquezas naturais do Brasil colônia que alimentavam o “parasitismo imperialista” instalado pelos europeus (NASCIMENTO, 2016, p. 59).

Há aproximadamente 130 anos, o Brasil aboliu oficialmente a escravatura dos negros escravizados com a assinatura da Lei Áurea. Foi o último país do mundo a decretar o fim da escravização, decreto influenciado por movimentos de luta pelo fim da escravidão e inúmeras revoltas de escravizados, tal qual a Revolta dos Malês e formação de territórios com governos e leis próprias como o Quilombo de Palmares, como também, por movimentos abolicionistas e pela existência de pressões internacionais de países europeus, que desejavam a ampliação de seus mercados consumidores devido ao processo da Revolução Industrial (BRASIL, 2013).

Entretanto, a abolição da escravatura foi decretada sem a implementação de políticas de habitação e/ou distribuição de terras, empregos, educação, assim como outras políticas sociais que visassem integrar os negros à sociedade, eximindo os senhores de escravos, o Estado e a Igreja da responsabilidade de qualquer tipo de reparação à população negra (NASCIMENTO, 2016, p. 79). A história da libertação dos negros foi construída sobre as bases da desigualdade racial e social, que reservou para essa população o lugar das classes sociais mais pobres e de condições de vida mais precárias. Para Abdias Nascimento (2016), esse processo de abolição condenou os “africanos livres’ e seus descendentes, a um novo estado econômico, político, social e cultural de escravidão em liberdade” (p. 81). Consequentemente, ainda hoje, há uma imensa desigualdade social entre negros e não negros que ainda persiste e que é perpetuada pelo racismo silencioso e não declarado, mascarado pelo mito da democracia racial existente no Brasil (BRASIL, 2013; LOPES, 2004; NASCIMENTO, 2016).

A maneira pela qual se deu o processo de abolição da escravatura, sem programas de incentivo à aquisição de terras, moradia e renda, obrigou os ex-escravizados a habitarem as áreas mais periféricas das cidades, onde não havia propriedades privadas e onde as terras eram mais acessíveis, originando, assim, os subúrbios, também conhecidos como favelas. Em algumas regiões do país, estas se formaram em morros, planícies e em áreas fora do perímetro urbano em sua maioria. Até os dias atuais, essas áreas carecem de infraestrutura urbana, tal como saneamento básico, escolas, áreas de lazer e segurança pública. Para Fernanda Lopes (2004, p. 64), as “experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer” incidem mais negativamente sobre a população negra, sendo essa uma expressão objetiva da forma de atuação do racismo como determinante social do processo saúde-doença, gerando iniquidades e corroborando com a morbimortalidade desse grupo populacional, dessa forma:

As vias pelas quais o social e o econômico, o político e o cultural influem sobre a saúde de uma população são múltiplas e diferenciadas, segundo a natureza das condições socioeconômicas, o tipo de população, as noções de saúde, doença e os agravos enfrentados (LOPES, 2004, p. 55).

Em concordância com esse pensamento, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) afirma que “o racismo é o principal determinante social em saúde para a população negra, já que incide negativamente sobre todos os fatores que compõem o conceito de saúde” (BRASIL, 2017, p. 23).

O Ministério da Saúde utiliza o sistema de autodeclaração no quesito raça/cor adotado pelo IBGE, no qual existem cinco categorias de raça/cor no Brasil: branca, preta, parda, amarela e indígena. Os negros são a soma dos que se declaram como pretos ou pardos. De acordo com o IBGE, os dados do ano 2015 apontam que 53,9% da população brasileira se autodeclara negra, com tendência de crescimento do percentual. Além disso, 67% do público atendido pelo SUS se autodeclara como negro (BRASIL, 2017, p. 11).

Em se tratando da Saúde da População Negra, levando em consideração a história brasileira e as consequências do racismo sobre ela, principalmente sobre a saúde, o Ministério da Saúde, durante o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, reconheceu oficialmente a existência de racismo institucional nas instâncias do SUS (BRASIL, 2013). O Guia de Enfrentamento ao Racismo Institucional apresenta o conceito de racismo institucional, definindo-o como:

O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (GELEDÉS, 2013, p. 11).

As favelas do Rio de Janeiro são regiões em que a população, em sua maioria, convive quase que diariamente com a violência armada decorrente da política de extermínio associada ao enfrentamento ao tráfico de drogas, alterando drasticamente a rotina dos moradores e dos equipamentos sociais que ali existem, como unidades de saúde, escolas e transporte público. Desse modo, gera sofrimento relacionado à convivência diária com a violência armada nas periferias brasileiras, podendo essa problemática ser considerada uma questão de saúde pública importante para os pacientes e profissionais de saúde da família que atuam nessas áreas. Conforme relata as autoras da seguinte pesquisa:

Os sintomas e problemas de saúde física e mental informados pelos profissionais de saúde incluem desespero, aflição, angústia, apreensão, crises de choro, instabilidade emocional, insônia, sensibilidade e nervosismo com sons que lembram disparos de arma de fogo, surgimento de hematomas na pele em momentos de elevado estresse, descargas de adrenalina, tremedeira, manifestações de letargia e paralisia, comportamento incomum do habitual, dor de cabeça, dor de estômago, hipertensão, diabete, uso/abuso de medicamentos, síndrome do pânico e estresse pós-traumático. Alguns relatam fazer acompanhamento em psiquiatria e psicoterapia. Os profissionais reconhecem uma série de impactos da vivência de VA sobre os usuários, sobretudo após os episódios de tiroteios. Alguns pacientes com transtornos mentais precisam, por vezes, recorrer ao serviço de saúde mental para fazer uso de medicação, pedem acolhimento e um local para dormir. As situações de VA impactam especialmente esses usuários, agravando muito seus quadros, gerando agitação motora, surtos e dificuldades em permanecer na unidade, o que pode se perpetuar por vários dias e compromete sobremaneira o curso dos tratamentos (RIBEIRO *et al.*, 2020, p. 5).

Anualmente, os constantes conflitos armados produzem milhares de mortes por violência. Em 2017, o número de homicídios ocorridos no Brasil foi de 65.602, tornando-se o maior número de letalidade violenta intencional na história recente brasileira. Sendo que 59,1% do total de óbitos de homens entre 15 a 19 anos de idade são ocasionados por homicídio. Esses dados, quando desagregados por raça/cor, denunciam a cor dos brasileiros mortos por arma de fogo. No ano de 2017, 75,5% das vítimas de homicídios foram pessoas negras. Já em relação ao crescimento da taxa de homicídio entre os anos de 2007 e 2017, tem-se um aumento de

33,1% entre pessoas negras, enquanto que entre os indivíduos não negros, houve um aumento de apenas 3,3%, no mesmo período (CERQUEIRA *et al.*, 2019).

Baseado nesses dados, estima-se que o risco de uma pessoa negra morrer de “causa externa” no Brasil é 56% maior do que o de uma pessoa branca. E se for um homem negro, o risco é 70% maior do que de um branco. Independentemente do sexo, as pessoas negras têm maior risco de morte do que as não negras (BRASIL, 2017). Segundo o Atlas da Violência de 2020:

Uma das principais expressões das desigualdades raciais existentes no Brasil é a forte concentração dos índices de violência letal na população negra. Enquanto os jovens negros figuram como as principais vítimas de homicídios do país e as taxas de mortes de negros apresentam forte crescimento ao longo dos anos, entre os brancos os índices de mortalidade são muito menores quando comparados aos primeiros e, em muitos casos, apresentam redução. [...] ao analisarmos os dados da última década, vemos que as desigualdades raciais se aprofundaram ainda mais, com uma grande disparidade de violência experimentada por negros e não negros. Entre 2008 e 2018, as taxas de homicídio apresentaram um aumento de 11,5% para os negros, enquanto para os não negros houve uma diminuição de 12,9% (CERQUEIRA *et al.*, 2020, p. 47).

Muitos jovens negros perdem diariamente suas vidas, em nosso país, vítimas da atuação direta, violenta e letal por parte da Polícia Militar, Forças Armadas e/ou pela ausência da atuação do Estado nas regiões mais vulneráveis, ao não prover ou prover de forma escassa e insuficiente o acesso às condições de moradia, educação, saúde e lazer. Os dados evidenciam que jovens negros morrem mais por violência armada do que os brancos, e que a mortalidade de jovens negros é maior e com tendência de crescimento, configurando o que podemos entender como o genocídio da juventude negra brasileira.

Nesse contexto em que a cor da pele determina maiores ou menores chances de morrer, ser um jovem negro no Brasil é um grande risco. Como registrado nos versos da canção que inspira essa escrita:

Eram só 6 horas da tarde  
 Cabô, cadê menino?  
 Quem vai pagar a conta?  
 Quem vai contar os corpos?  
 Quem vai catar os cacos dos corações?  
 Quem vai apagar as recordações?  
 Quem vai secar cada gota?  
 De suor e sangue  
 Cada gota de suor e sangue  
 De suor e sangue  
 Cabô  
 (LUNA, 2017).



Esses versos cantam sobre o destino de muitos jovens pretos brasileiros: a morte. Cantam também sobre a dor dos que ficam, canta a súplica de uma mãe perguntando por seu filho. A morte que deixa espaços vazios, histórias incompletas, perguntas a serem respondidas, mães que choram a dor de seus filhos assassinados. As experiências do luto diante de mortes violentas, como as decorrentes de homicídios, geram sofrimento aos que experienciam em seu seio familiar a perda de um parente:

Pelo seu caráter irreparável e por levar à completa negação dos direitos, o homicídio apresenta-se como o evento violento de repercussões humanas e sociais mais sérias e sinaliza o limite extremo da potencialidade agressiva e destrutiva do ser humano [...] os homicídios preocupam não somente pelas vidas perdidas diariamente, mas também pelas pessoas, próximas às vítimas, que são profundamente impactadas pela perda traumática. Calcula-se que cada homicídio afete a vida de aproximadamente 7 a 10 familiares. [...] os estudos que se dedicam a essa questão denominam os familiares de vítimas de homicídio como sobreviventes do homicídio. Esse termo pode soar, no entanto, como uma contradição. De fato, a vítima do homicídio não sobrevive, contudo, considera-se que todo homicídio produz duas categorias de vítimas: a que é diretamente assassinada e aquelas associadas ou ‘secundárias’, como também são conhecidas. Estas englobam familiares, amigos e pessoas próximas, isto é, os sobreviventes (COSTA; NJAINE; SCHENKER, 2017, p. 3088).

Portanto, vale frisar que a juventude negra é a parcela da população mais vitimada por esse tipo de morte no Brasil, e suas mães são uma parcela das vítimas “secundárias”, isto é, tornam-se as sobreviventes do homicídio de seus filhos. A dor da perda de seus filhos assassinados, muitas vezes, é desrespeitada e não é socialmente reconhecida, pois a morte por homicídio é rechaçada pela sociedade, é uma morte que não é digna de luto por não se enquadrar nas regras sociais desse processo (CASELLATO, 2005). Soma-se a isso o racismo, que é um dos pilares da estrutura social em que vivemos e, em decorrência deste, as vidas negras têm menos valor social do que vidas não negras, logo, a morte de uma pessoa preta pode ser desvalorizada e relativizada ao ponto de não provocar grande comoção social, como expresso no relatório da Anistia Internacional (2015, p. 5):

Os estereótipos negativos associados à juventude, notadamente aos jovens negros que vivem em favelas e outras áreas marginalizadas, contribuem para a banalização e a naturalização da violência.

O luto por morte violenta, o luto parental (pela morte de um filho) e o não reconhecimento social dele por si só já são fatores de risco para o desenvolvimento do luto complicado (CASELLATO, 2005, p. 31). Sendo assim, pode-se entender que estes

enlutamentos têm grandes possibilidades de gerarem repercussões negativas na saúde mental dos que os sofrem e, ainda, de se estenderem por tempo maior do que o esperado.

A violência armada, saúde mental das mulheres negras e o luto são os eixos temáticos que norteiam este trabalho, que visa analisar as repercussões que ocorrem na saúde mental, durante o processo de luto, das mulheres negras que perderam seus filhos/as em decorrência da violência armada nas favelas.

## 2 JUSTIFICATIVA

A experiência como Médica de Família e Comunidade nas favelas da cidade do Rio de Janeiro, atuando em Unidades Básicas de Saúde, as quais convivem constantemente com a violência armada, traz para a vivência diária do consultório, aos grupos e às visitas domiciliares muitos relatos e queixas relacionadas às inúmeras violências inerentes a esses territórios periféricos dessa metrópole brasileira.

A Revista Ciência e Saúde Coletiva realizou um estudo bibliográfico sobre seu acervo de metodologias qualitativas, avaliou 5.033 resumos de trabalhos publicados no periódico entre os anos 1996-2000 (GOMES; DESLANDES; MOREIRA, 2020). O estudo concluiu que nenhuma das publicações qualitativas da revista abordava questões sobre a saúde da população negra, mesmo sendo um dos periódicos de produção acadêmica mais importantes do país (GUALHANO; FREIRE, 2020).

Verônica Araújo (2019), em sua dissertação de mestrado em saúde pública, relata que a maioria dos estudos sobre mães sobreviventes de homicídios de seus filhos/as são do campo das ciências sociais, havendo poucos trabalhos sobre o adoecimento por elas enfrentado em virtude desse luto específico (ARAÚJO, 2019, p. 13). Na pesquisa bibliográfica feita nesta dissertação, encontrou-se alguns trabalhos abordando a temática de mães que perderam filhos para a violência armada, mas são poucas as produções no campo da medicina, e nenhuma aborda diretamente o processo do luto:

- a) ARAÚJO, F. A. Do luto à luta: a experiência das mães de Acari. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Antropologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- b) DOMINGUES, D. F.; DESSEN, M. A. E.; QUEIROZ, E. Luto e enfrentamento em famílias vitimadas por homicídio. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, 2015.
- c) SOUZA, L. G. *et al.* Mulheres negras e Necropolítica: como enfrentam a morte de seus filhos? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 9, n. 3, 2020.
- d) ARAÚJO, V. S. Mães da Resistência: um olhar sobre o papel do racismo no processo de adoecimento de mães militantes que perderam seus filhos para a violência de Estado. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola

Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

- e) BRITO, M. D. História de vida de mães que perderam os filhos assassinados: “uma dor que não cicatriza”. 2017. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

A partir de minha prática profissional como médica de família e comunidade, muitas indagações e questionamentos culminaram no desejo e na necessidade de estudar e de aprofundar os conhecimentos sobre violência armada com o recorte interseccional de gênero, raça e classe social. Com enfoque nas experiências das mulheres negras moradoras de favelas que perderam seus filhos em decorrência da violência armada, tendo em vista que o risco de uma pessoa negra morrer de causa externa no Brasil é maior que o de uma pessoa branca, conforme relatado anteriormente.

Dentro desse contexto, temos no Brasil A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como objetivo defender o direito à saúde do povo negro, lutando para enfrentar e abnegar o racismo no sistema de saúde, em busca de um SUS equânime. Dentre as diretrizes gerais e os objetivos específicos dessa política, há a indicação de incentivar a produção do conhecimento científico e tecnológico, e fomentar a realização de estudos e pesquisas sobre a saúde da população negra e como ela é afetada pelo racismo (BRASIL, 2013).

Portanto, neste cenário em que a cor da pele determina melhores ou piores condições de vida e saúde, tendo ainda em vista que etnia/raça e racismo são determinantes sociais estruturais de iniquidades em saúde, estudar, explorar, discutir e produzir estudos sobre a saúde da população negra, em ambientes de produção acadêmica, é uma das maneiras de enfrentar o racismo estrutural e institucional.

Ademais, considerando o genocídio em curso, o grande impacto gerado na dinâmica familiar e na vida das mulheres negras que perdem seus filhos em decorrência da violência armada diretamente ou indiretamente pelo Estado, e a enorme lacuna de conhecimento acadêmico no campo da medicina e da saúde pública sobre as repercussões do luto na saúde física e mental, faz-se necessária a existência deste e de outros estudos com o objetivo de produzir conhecimento sobre o tema em questão, a fim de qualificar as possibilidades de ofertas de cuidado e a criação de políticas públicas para a saúde dessas mulheres.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as repercussões da violência armada no processo de enlutamento das mulheres que perderam filhos pela violência armada a partir das experiências de uma médica de família e comunidade negra.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) Escrever as experiências de uma médica de família no atendimento de mães enlutadas que perderam seus filhos para a violência armada.

b) Escrever sobre o enlutamento materno de mulheres negras que perderam seus filhos para a violência armada.

c) Propor reflexões aos profissionais de saúde a partir da experiência de uma médica de família e comunidade sobre a abordagem do luto nas mulheres que perderam seus filhos para a violência armada.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 ESCRAVIZAÇÃO, NECROPOLÍTICA E VIOLÊNCIA DO ESTADO

Cabô, quinze anos de idade  
 Incompletos seis  
 Eram só 6 horas da tarde  
 Cabô, cadê menino?  
 (LUNA, 2017).

A escravização de pessoas negras foi um dos pilares centrais da economia colonial brasileira, assim como o tráfico internacional de pessoas escravizadas para servirem de mão de obra nas lavouras e nos mais diversos setores de produção. O lucrativo processo do sistema colonial de escravização de africanos foi sustentado inicialmente por teorias religiosas e, mais tarde, ratificada por teorias iluministas, biologicistas e racistas, que fundamentaram a escravização alegando que os negros não tinham “alma”, eram destituídos de humanidade e, portanto, seriam seres primitivos, selvagens, biologicamente inferiores que deveriam ser civilizados, justificando, dessa forma, sua escravização:

A classificação de seres humanos serviria, mais do que para o conhecimento filosófico, como uma das tecnologias do colonialismo europeu para a submissão e destruição de populações das Américas, da África, da Ásia e da Oceania. [...] No século XIX, um juízo parecido com o de Pauw seria feito pelo filósofo Hegel acerca dos africanos, que seriam ‘sem história, bestiais e envoltos em ferocidade e superstição’. As referências de “bestialidade” e “ferocidade” demonstram como a associação entre seres humanos de determinadas culturas, incluindo suas características físicas, e animais ou mesmo insetos é uma tônica muito comum do racismo e, portanto, do processo de desumanização que antecede práticas discriminatórias ou genocídios até os dias de hoje (ALMEIDA, 2019, p. 28-29).

Oficialmente e institucionalmente, os corpos negros foram por mais de 500 anos considerados como mercadoria, animais ou objetos, diferenciação que pouco importava para os senhores de escravos, já que o que lhes interessava era o valor de mercado dos seus escravos, tal qual qualquer outra mercadoria. O sistema colonialista subjugou, matou e escravizou milhões de africanos e afrodescendentes, justificando as atrocidades cometidas contra esses povos, que eram submetidos a trabalhos forçados e a incontáveis crueldades em terras americanas. O racismo desumanizou os corpos negros a ponto de “naturalizar as desigualdades e legitimar a segregação e o genocídio de grupos sociologicamente considerados minoritários” (ALMEIDA, 2019, p. 31).

Em vista disso, a concepção do racismo é importante para entender o processo histórico da população negra no Brasil, podendo ser definido como:

[...] a convicção de que existe uma relação entre as características físicas hereditárias, como a cor da pele, e determinados traços de caráter e inteligência ou manifestações culturais. O racismo subentende ou afirma claramente que existem raças puras, que estas são superiores às demais e que tal superioridade autoriza uma hegemonia política e histórica, pontos de vista contra os quais se levantam objeções consideráveis (GELEDÉS, 2013, p. 30).

O fim da escravidão no Brasil foi decretado oficialmente pela Lei Áurea, em 13 de maio de 1888, como já apontado, por pressões políticas, principalmente advindas da Inglaterra, que visava expandir seu mercado consumidor devido ao processo de Revolução Industrial. A Lei Áurea pouco mudou as condições de vida da população negra, não sendo acompanhada de nenhuma política de garantia de direitos, como o de moradia, emprego e educação. Muitos dos libertos continuaram a trabalhar para antigos senhores em situações análogas à escravidão, de imensa subserviência e em condições precárias. Além disso, as concepções racistas sobre os negros escravizados não foram abolidas por uma simples lei que decretava o fim da escravidão. Longe disso, o extenso passado escravocrata brasileiro, infelizmente, se mantém vivo e presente nas estruturas da sociedade, na medida em que o racismo é decorrente da estrutura social, das relações políticas, econômicas, jurídicas e até mesmo familiares, ou seja, ele estrutura a sociedade brasileira (ALMEIDA, 2019).

Já na atualidade o processo de desumanização do povo negro ressoa na banalização da morte de jovens negros nas favelas brasileiras em decorrência de conflitos armados. Ao invés de ser recebida com perplexidade pela sociedade, a morte de um jovem negro, devido ao processo de desumanização de corpos negros ao longo da história colonial, não é considerada uma tragédia, um problema a ser questionado, e sim uma solução a ser aplicada.

A política de segurança pública no Brasil é marcada por uma lógica bélica, tendo como característica marcante as operações policiais nas favelas e em áreas marginalizadas, com o objetivo de atuar no enfrentamento da chamada “Guerra às Drogas”, visando, assim, ao combate do comércio de drogas ilícitas. Segundo a Anistia Internacional (2015, p. 11):

No Rio de Janeiro, e em diversos outros estados brasileiros, tem sido adotado – a partir dos anos 1990 – um modelo de atuação das forças policiais com ênfase na repressão ao tráfico de drogas por meio de operações e excursões pontuais em favelas e áreas da periferia, onde existem pontos de venda de drogas ilícitas no varejo. Esse comércio de drogas ilícitas é dominado por grupos e organizações criminosas que, na maioria

das vezes, têm forte presença armada em tais áreas. Esta realidade tem servido de pretexto para alimentar uma narrativa de guerra que demarca os territórios de favelas como espaços a serem retomados de um exército inimigo (o tráfico).

Essas operações são marcadas pela repressão, uso de força letal de forma desproporcional e excessiva, que resulta em inúmeras mortes, principalmente nas de jovens negros. Atual difusão de ideologias de fascistas na sociedade brasileira que tem apoio de governantes das esferas municipal, estadual e federal fato que corrobora a anuência da sociedade a impulsionar e apoiar pela as intervenções violentas em territórios periféricos e majoritariamente negros. Sendo assim, evidencia que a origem da base do pensamento colonial escravocrata, que ainda é vívido e ativo na estrutura racista vigente no Brasil. Para Vergne (2014, p. 12-13):

As tramas que ligam todas essas histórias não começaram hoje. As marcas de um país racialmente delineado, através de um longo processo de exploração do trabalho escravo, até à inclusão como subalterno, suspeito ou criminoso previamente determinado, deixam cicatrizes na noite carioca. A cidade se acostumou a dormir com o som de rajadas de metralhadoras nos bairros pobres e morros, mesmo situados no centro da cidade ou zona sul, predominantemente compostos por negros. [...] A televisão envia para o mundo a imagem da guerra no Rio de Janeiro, porém é uma guerra não explicitada de quem contra quem. Guerra que escolhe como inimigos, pessoas sem rosto, que moram nas favelas. O fuzil da polícia aponta para o morro como o lugar do inimigo. E embora sem rosto, o inimigo tem uma cor.

As políticas estatais da chamada “Guerra às Drogas” concentram suas ações de enfrentamento nas periferias e favelas brasileiras, com o foco nos traficantes de drogas, considerados como os inimigos do Estado, tornando-se o alvo principal dessa política. Construindo, desse modo, a imagem estereotipada e marginalizada de um inimigo sem nome, sem rosto. Um inimigo definido pela cor de sua pele: preta. O inimigo é personificado no corpo do jovem, negro, favelado. Com essa imagem formada é possível justificar as ações genocidas do Estado contra a juventude negra e em prol da “manutenção da soberania estatal”.

Segundo o filósofo camaronês Achille Mbembe (2018), a construção desse inimigo baseia-se na percepção do outro com uma ameaça mortal, um perigo a sua própria vida, portanto, a eliminação desse inimigo reforçaria o potencial de vida e segurança, sendo esse um dos imaginários da soberania característica da modernidade. Antropologicamente, está implícito, nesse contexto, que o poder político perpassa por uma relação bélica por excelência e “também desafiam a ideia de que, necessariamente, a racionalidade da vida passe pela morte



do outro; ou que a soberania consiste na vontade e capacidade de matar a fim de viver” (MBEMBE, 2018, p. 17). O autor discorre:

Examino essas trajetórias pelas quais o estado de exceção e a relação de inimizade tornaram-se a base normativa do direito de matar. Em tais instâncias, o poder (e não necessariamente o poder estatal) continuamente se refere e apela à exceção, emergência e a uma noção ficcional do inimigo. Ele também trabalha para produzir semelhantes - exceção, emergência e inimigo ficcional. Em outras palavras, a questão é: Qual é, nesses sistemas, a relação entre política e morte que só pode funcionar em um estado de emergência? Na formulação de Foucault, o biopoder parece funcionar mediante a divisão entre as pessoas que devem viver e as que devem morrer (MBEMBE, 2018, p. 17).

Os conflitos armados, seja pelas incursões policiais da política de “Guerra às Drogas”, seja por disputa de territórios entre facções criminosas, expõem os moradores a verdadeiros cenários de guerra, de venda e uso de drogas, tiroteios, violência física e assassinatos, que muitas vezes não são devidamente investigados, desrespeitando e aviltando o direito à vida dos moradores de favelas. De acordo com a Anistia Internacional, o direito à vida é:

[...] uma norma de direito internacional consuetudinário e forma parte de um núcleo inderrogável de direitos que não podem ser suspensos em nenhuma situação, incluindo em casos de emergência. O direito à vida é uma condição prévia indispensável para a plena realização da dignidade humana e o exercício efetivo de todos os direitos humanos. As obrigações dos Estados derivadas do direito à vida pressupõe não apenas que nenhuma pessoa pode ser privada de sua vida arbitrariamente, mas também requerem que os Estados tomem todas as medidas apropriadas para proteger e preservar esse direito (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015, p. 17).

É importante frisar que desrespeitar o direito à vida é desrespeitar todos os outros direitos humanos. O Comitê de Direitos Humanos da ONU reconhece esse direito como o mais essencial de todos: “o direito supremo a respeito do qual não se autoriza suspensão alguma” (ONU apud ANISTIA INTERNACIONAL, 2015, p. 17).

As raízes coloniais e o racismo estrutural contribuem para o desrespeito ao direito à vida do povo negro que fica à mira do Estado. A política de extermínio, que tem como alvo o traficante da favela como estratégia de combater o tráfico de drogas, atua sobre aquele que é o ponto mais frágil de toda a rede que compõe o narcotráfico. Criando, dessa maneira, um estado de sítio que justifique a instauração de estado de exceção, a fim de que esse “inimigo” possa ser combatido pelo Estado estruturalmente racista que detém o “direito” de matar. Esse processo — desde criação de um “inimigo” até a instauração de um estado de exceção — pode ser

caracterizado por meio do conceito de “biopoder: aquele domínio da vida sobre o qual o poder tomou o controle” (MBEMBE, 2018, p.18). Consoante a esse entendimento, Silvio Almeida afirma:

Para Mbembe, “o estado de exceção e a relação de inimizade tornaram-se a base normativa do direito de matar.” O poder de matar opera com apelo à ‘exceção, à emergência e a uma noção ficcional do inimigo”, que precisam ser constantemente criadas e recriadas pelas práticas políticas (MBEMBE, 2018, p. 17 apud ALMEIDA, 2019, p. 118).

Mbembe (2018) elabora o conceito denominado de necropolítica, ao associá-lo ao de biopoder, de Michael Foucault, e aos conceitos de estado de exceção e estado de sítio:

Mas sob quais condições práticas se exerce o direito de matar, deixar viver ou expor à morte? Quem é o sujeito dessa lei? O que a implementação de tal direito nos diz sobre a pessoa que é, portanto, condenada à morte e sobre a relação antagônica que coloca essa pessoa contra seu assassino/a? Essa noção de biopoder é suficiente para contabilizar as formas contemporâneas em que o político, por meio da guerra, da resistência ou da luta contra o terror, faz do assassinato do inimigo seu objetivo primeiro e absoluto? A guerra, afinal, é tanto um meio de alcançar a soberania como uma forma de exercer o direito de matar. Se consideramos a política uma forma de guerra, devemos perguntar: que lugar é dado à vida, à morte e ao corpo humano (em especial o corpo ferido ou morto)? Como eles estão inscritos na ordem de poder? (MBEMBE, 2018, p. 5-7).

A Anistia Internacional (2015, p. 5) “verificou a existência de fortes indícios de execuções extrajudiciais e um padrão de uso desnecessário e desproporcional da força pela Polícia Militar” durante as incursões policiais nas favelas e nas áreas marginalizadas. Os policiais registram e justificam os assassinatos cometidos em serviço como “autos de resistência” ou “homicídios decorrentes de intervenção policial”, fato que dificulta a investigação dos crimes, pois esse tipo de registro associa o homicídio a um excludente de ilicitude, ou seja, à legítima defesa do policial (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015).

Outro fato que dificulta ainda mais as investigações são as manipulações das cenas dos crimes, remoção do corpo antes da realização de perícia, implantação de falsas evidências e até mesmo a ocultação de cadáveres, complicando a abertura de um inquérito policial para que as devidas investigações dos assassinatos aconteçam. De acordo com o documento *Você Matou meu filho* da Anistia Internacional (2015, p. 4-5):

O registro de “auto de resistência” dificulta investigações imparciais e independentes que poderiam determinar se o uso da força letal foi legítimo, necessário e

proporcional. Na prática, o registro de “auto de resistência” dificulta investigações imparciais e independentes que poderiam determinar se o uso da força letal foi legítimo, necessário e proporcional. Ao descrever todas as mortes pela Polícia em serviço como o resultado de um confronto, as autoridades culpam a vítima por sua própria morte. Geralmente, declarações de policiais envolvidos nesses casos descrevem contextos de confronto e de troca de tiros com suspeitos de crimes. Essas versões tornam-se o ponto de partida das investigações. Quando a Polícia registra que a vítima teria ligações com grupos criminosos, a investigação procura corroborar o testemunho do policial de que a morte ocorreu em legítima defesa. [...] em 2014, por exemplo, os homicídios praticados por policiais em serviço corresponderam a 15,6% do número total de homicídios na cidade do Rio de Janeiro.

A convivência diária com a violência armada e uso da força policial excessiva afetam o cotidiano dessas comunidades, gerando medo e insegurança nos moradores, como relatado em pesquisa desenvolvida pelo CLAVES-FIOCRUZ:

Especialmente os jovens moradores e ou usuários de serviços de Manguinhos narram seu temor frente às operações policiais que ocorrem, com atuação policial abusiva, pois se reconhecem como seu alvo preferencial. Além dos riscos relativos a tiroteios, consideram que há a possibilidade de serem confundidos com bandidos e punidos ou mortos. Atividades culturais como bailes funk e rodas de hip hop são também alvos da repressão e violência policial, reduzindo ainda mais as possibilidades de lazer e de interação social da juventude no território. Por outro lado, há também muitos relatos de atuação violenta por parte de grupos armados. Ambas as expressões da violência são silenciadas por medo de represálias, especialmente a relativa à facção local, uma vez que seu relato pode implicar em risco à vida (RIBEIRO *et al.*, 2020, p. 11).

A necropolítica atua por meio da violência armada, como também pelas suas repercussões na saúde física e mental. Afeta tanto a saúde individual quanto a coletiva, diminuindo a qualidade de vida, alterando a morbimortalidade da população exposta à violência e colocando desafios de enfrentamento dessa problemática aos serviços de saúde. Desse modo, evidencia-se “a necessidade de atuação de base interdisciplinar, intersetorial e socialmente engajada” (MINAYO apud SILVA *et al.*, 2021).

## 4.2 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Cabô, vinte anos de idade  
 Quase vinte e um  
 Pai de um, quase dois  
 E depois das 20 horas  
 Meu filho, volte pra casa!  
 Cabô  
 Ô, Neide, cadê menino?  
 (LUNA, 2017).

Nas sociedades africanas, antes da influência do processo de escravização e do colonialismo, as mulheres conciliavam trabalho e maternidade, algo comum na sua organização social (COLLINS, 2019). As mães eram acompanhadas pelas crianças nos campos de cultivo, nos comércios e contribuía para a economia familiar, como parte das funções da maternidade. Ao serem escravizadas no continente americano, as mulheres negras continuaram a desempenhar as duas funções, porém, o produto e as consequências do processo de trabalho eram completamente diferentes para elas e para a sociedade:

Para as africanas escravizadas nos Estados Unidos, essas ideias básicas de respeito ao trabalho, da família e da maternidade foram mantidas, mas alteradas por duas imposições fundamentais da escravidão. Em primeiro lugar, enquanto as africanas trabalhavam em prol de sua família, de suas filhas e seus filhos, o trabalho das afro-americanas escravizadas beneficiava seus proprietários. Em segundo lugar, a natureza do trabalho realizado mudou. As mulheres não tinham controle sobre o tempo, a tecnologia utilizada, os colegas de trabalho, o tipo ou o montante de trabalho. Em suma, a incorporação forçada das mulheres da África Ocidental, como escravizadas, a uma economia política capitalista significou que elas se tornaram unidades de trabalho economicamente exploradas e politicamente impotentes. [...] nesse sistema em que o controle da propriedade é fundamental, as mulheres africanas escravizadas eram mercadorias valiosas. Os proprietários de pessoas escravizadas controlavam o trabalho de mulheres negras e transformavam seus corpos em mercadoria, na forma de unidades de capital. Além disso, a fecundidade das mulheres negras gerava as crianças que acabariam por aumentar os bens de propriedade e à força de trabalho à disposição do senhor (COLLINS, 2019, p. 107- 109).

À vista disso, o modo como as mulheres negras escravizadas se relacionam com o trabalho e a maternidade sofreu forte influência das consequências nefastas da escravização. No Brasil, as mulheres negras, após o fim da escravidão, trabalhavam majoritariamente em serviços domésticos em casa de pessoas brancas de classe social mais elevada, em fábricas, em funções subalternas e tinham pouco acesso à educação formal. Em decorrência disso, os subempregos, as relações de trabalho fragilizadas, os baixos salários foram e são até hoje uma realidade para a maioria das mulheres negras (GONZALEZ, 1984). Durante o período de escravização e após a abolição, a população negra não tinha acesso a atendimento médico e/ou serviços de saúde. O cuidado em saúde dos negros era realizado, na maioria das vezes, por instituições filantrópicas ou por mulheres negras que tinham conhecimento de ervas e plantas medicinais, o qual era passado através de gerações pelas benzedadeiras, mães de santo nos terreiros de religiões de matrizes africanas, recorrendo aos recursos da medicina africana e indígena.

A dificuldade de conseguir ingressar no mercado de trabalho formal após a abolição limitava o acesso aos serviços de saúde que eram pagos, pois não havia condições financeiras para arcar com os gastos. A criação dos serviços destinados aos servidores públicos não teve grande influência na ampliação de acesso à saúde do povo preto, pois, pela falta de acesso ao ensino formal de educação, poucos tinham algum tipo de vínculo empregatício que lhes garantisse acesso ao sistema de saúde existente à época.

No período pós-abolição e na segunda metade do século XX, a mobilização da população negra e a atuação de movimentos sociais, tais como o Movimento de Mulheres e o Movimento Negro, foram fundamentais para as conquistas que resultaram em melhorias no acesso à saúde das pessoas negras, como a disputa dentro dos movimentos que culminaram na Reforma Sanitária e na criação do SUS.

No entanto, a população negra só conseguiu ter maior acesso à saúde apenas depois do período de redemocratização, com a Constituição Federal de 1988. No artigo 196 instituiu-se a saúde como direito de todos(as) e dever do Estado, juntamente com a publicação da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 que cria o SUS, garantindo acesso universal a todos os cidadãos brasileiros e àqueles que estejam em território nacional. Atualmente, a população negra corresponde a aproximadamente 67% do público atendido no SUS, mas o fato de ser o principal público atendido (BRASIL, 2017), infelizmente, não é sinônimo de acesso de qualidade, boas condições de saúde e equidade, como nos afirma Jurema Werneck (2016, p. 536):

É possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo.

A determinação social da saúde atua de maneira incisiva e negativa na população negra brasileira refletindo na morbimortalidade dessa parcela da população, como aponta Fernanda Lopes (2004):

No caso da população negra, o meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento determina condições especiais de vulnerabilidade. Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades reais nas ações e programas de assistência, promoção de saúde e prevenção de doenças (vulnerabilidade programática), mulheres e homens negros vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração, pode provocar

comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual) (p. 55).

[...] o baixo nível de renda, seja individual ou domiciliar per capita, restringe as liberdades individuais e sociais dos sujeitos, fazendo com que todo o seu entorno seja deficiente, desgastante e gerador de doença. Para ilustrar tal situação destacamos o fato de que, em 2001, mais de 32 milhões de negros com renda de até 1/2 salário-mínimo eram potencialmente demandantes de serviços de assistência social e viviam, em sua maioria, em lugares com características indesejáveis de habitação (p. 58).

A criação do SUS foi importante por garantir o acesso à saúde à parcela da população que historicamente teve esse direito negado, no entanto, a inexistência da racialização nas bases constitutivas do SUS responde ao projeto de poder vigente e mantenedor da necropolítica, impedindo, assim, o acesso equânime da população negra. A discrepância dos dados de indicadores de saúde desagregados por raça/cor e por sexo revela a estrutura racista presente nas bases do SUS. Todavia, a defesa por um SUS público, universal, integral, equânime e racializado é fundamental para a melhoria da Saúde da População Negra.

Após anos de luta e pressão feitos pelos movimentos sociais, como o Movimento Social Negro, em resposta às desigualdades em saúde que acometem a população negra, e em favor do reconhecimento de que essas condições de vida resultam de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na história do país, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu oficialmente a existência de racismo institucional nas instâncias do SUS no ano de 2006 (BRASIL, 2013). Em decorrência da continuidade da luta e pressão social, foi formulada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2009. A referida PNSIPN tem como objetivo geral “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (BRASIL, 2013, p. 27).

A população brasileira de baixa renda e a população negra compõem a maior parte do público atendido por este serviço de saúde, sendo considerados SUS-dependentes. Isto posto, temos que a pobreza e a raça no Brasil agem como determinantes sociais que contribuem negativamente para a saúde do povo preto, e têm suas raízes no processo de escravização e no período pós abolição da escravatura, no qual não houve medidas reparativas, como políticas públicas e sociais voltadas para a população negra (BRASIL, 2013). Entender que os desfechos negativos em saúde estão diretamente relacionados ao racismo estrutural e institucional e à falta crônica de acesso aos direitos sofrida pela população negra brasileira é fundamental para a compreensão das consequências desse contexto na saúde. De acordo com a PNSIPN:

Os indicadores de saúde, quando cruzados com as características socioeconômicas, revelam a importante relação entre saúde, seus determinantes sociais e a organização do sistema de saúde. A compreensão deste conjunto é fundamental para instrumentalizar a elaboração de políticas e programas voltados para o combate às desigualdades, principalmente na saúde, em que se busca construir um SUS equitativo no acesso e pautado na integralidade da saúde (BRASIL, 2017, p. 13).

A população negra apresenta agravos e condições de saúde que lhes são específicas ou os acometem com mais frequência, tais como as:

- a) Geneticamente determinadas:
  - anemia falciforme, deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase;
  - dependentes de elevada frequência de genes responsáveis pela doença ou a ela associadas: hipertensão arterial e diabete melito.
- b) Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis:
  - desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania, acrescento suicídio.
- c) De evolução agravada ou de tratamento dificultado: hipertensão arterial, diabetes melito, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer e mioma.
- d) Condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas: crescimento, gravidez, parto e envelhecimento, acrescento aborto e complicações de aborto (SNU, 2001, p. 5-6 apud WERNECK, 2016).

O prejuízo e as consequências dos anos de escravização da população negra podem ser observados nos dados de saúde que revelam piores indicadores sobre os/as negros/as ainda hoje no Brasil, tais como, na precocidade dos óbitos, nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, na maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas, maior número de suicídios, como também nos altos índices de violência urbana e homicídios que incidem com piores indicadores sobre a população negra (BRASIL, 2013). Esses dados quando avaliados por raça/cor e sexo mostram que as mulheres negras são as que têm menor qualidade de cuidado à saúde.

### 4.3 SAÚDE DE MULHERES NEGRAS E O LUTO

No estudo da Saúde da População Negra temos o campo da saúde da mulher negra, tema desvalorizado dentro das Ciências da Saúde e Saúde Pública, como também pouco estudado e ensinado nas escolas de ciências em saúde, fato refletido na inexpressiva produção científica sobre a saúde das mulheres negras e na péssima qualidade dos indicadores de saúde. Ao observarmos os dados sobre a saúde das mulheres negras no Brasil, com base em indicadores desagregados por raça e cor, encontraremos piores indicadores quando comparados com os de mulheres não negras (WERNECK, 2016).

A título de exemplo, será apresentado alguns dados: dentre as mulheres com faixa etária para rastreio de câncer de mama (50-69 anos) que realizaram o exame de mamografia nos dois últimos anos, 66,2% eram brancas, 54,2% pretas e 52,9% pardas (BRASIL, 2017, p. 14). Os dados sobre natalidade, pré-natal e desfechos da gestação são alarmantes quando desagregados por raça/cor. O Ministério da Saúde (MS) preconiza que a primeira consulta de pré-natal seja realizada no primeiro trimestre da gestação. Das gestantes que realizaram a primeira consulta em até 12 semanas de gestação, 85% eram brancas, 73% negras e 53% indígenas (BRASIL, 2017, p. 15). Também é orientado pelo MS um mínimo de seis consultas de pré-natal, idealmente sendo uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre gestacional. Sobre o acesso a essas consultas tem-se que 69,8% das gestantes negras contra 84,9% das gestantes brancas tiveram seis consultas de pré-natal. Outro dado preocupante é o de que 75,2% das gestantes receberam orientações sobre os sinais de risco da gravidez durante as consultas, mas ao desagregar por raça/cor constata-se que 80,8% eram brancas, 72,7% pardas e 66,1% pretas (BRASIL, 2017, p. 15).

Já os números de nascidos vivos mostram que as mães mais jovens se autodeclararam como indígenas, pardas e pretas, sendo a faixa etária de maior percentual com mães dos 20-24 anos, dentre as quais 26,0% eram pretas, 27,5% pardas e 26,8% indígenas. Ainda, de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) em relação à Mortalidade Materna, do total 1.583 mortes, 60% foram de pessoas negras e 34% de brancas. Do total dos casos de morte maternas, 90% poderiam ter sido evitadas por ações dos serviços de saúde, como orientações sobre sinais de alarme, uso de preservativos, realização dos testes laboratoriais de rotina recomendados pelo MS e início precoce do pré-natal (BRASIL, 2017, p. 15-16).



A sífilis é um desses agravos evitáveis na gestação quando há acesso a preservativos e a um pré-natal de qualidade. É uma infecção que está relacionada à prematuridade, malformação fetal e ao óbito fetal. As maiores taxas de sífilis na gestação são em mulheres pretas e pardas (BRASIL, 2017). Em 2013, as maiores taxas de detecção de sífilis em gestantes foram em gestantes pretas (17/100 mil nascidos vivos), seguidas das indígenas (6,7/100 mil nascidos vivos) e das pardas (6,6/100 mil nascidos vivos) (BRASIL, 2017, p. 15).

É um tanto desesperador observar esses dados sobre a saúde das mulheres negras, principalmente relacionados ao pré-natal, pois são modificáveis à medida que se amplia o acesso ao pré-natal de qualidade. E pensar que os mesmos profissionais de saúde que atendem as mulheres não negras, atendem às mulheres negras e, no entanto, os dados são tão desiguais.

À vista disso, é fundamental refletir sobre os significados explícitos e implícitos que podemos inferir a partir desses dados que são tão alarmantes e díspares quando se olha para o quesito raça/cor. O atendimento de mulheres negras e não negras diverge desde o tempo de consulta até a qualidade do atendimento evidenciada pelos indicadores. Essa realidade é compreendida com a resultante do acúmulo histórico desigualdades e negações de direitos traduzida em dados concretos de como o racismo estrutural e institucional atuam deletariamente na saúde corpo negro em especial no da mulher negra que é a base da pirâmide social brasileira, logo é sobre ela que incidirá e refletirá toda a carga de opressão social existente (GONZALEZ, 1984; WERNECK, 2016). O princípio doutrinário da equidade é aviltado, sendo essa uma demonstração objetiva da existência do racismo estrutural e institucional nas instâncias do SUS.

Os dados sobre homicídios no Brasil demonstram o maior número de mortes com tendência de crescimento entre jovens negros, principalmente na faixa etária entre 15 e 19 anos. A partir desses dados, é possível inferir que ser mãe de um jovem negro no Brasil é conviver constantemente com o medo e aflição de ter seu filho assassinado. Preocupações constantes quando seus filhos ainda não chegaram em casa na hora prevista, muitas Neides que chamam por seus meninos diariamente para se certificar que estão em casa em segurança. A pergunta que se faz presente:

*Ô, Neide, cadê menino?*

As experiências de vida cantadas remetem à oralidade, característica cultural muito comum entre povos africanos e passada como tecnologia ancestral de transmissão de saberes e cuidado na África e por seus descendentes escravizados nas Américas, por isso a música é um

fiio condutor dessa escrita, pois a oralidade e a musicalidade são características cultura dos afrodescendentes. Para Patricia Hill Collins (2019, p.81)

Muitas intérpretes negras de blues cantaram sobre situações naturalizadas que afetam as mulheres negras estadunidenses. Por meio de sua música, elas não apenas descreveram as realidades das mulheres negras como também buscaram dar forma a elas (COLLINS, 2019, p. 81)

A música tem forte relação com a resistência, resiliência, propagação de conhecimentos e aprendizado em lidar com o sofrimento entre os afrodescendentes.

Collins completa o raciocínio afirmando que: “as apresentações das intérpretes negras clássicas de *blues* na década de 1920 podem ser vistas como um importante espaço no qual as mulheres da classe trabalhadora se reuniam e compartilhavam ideias especialmente pertinentes para elas” (COLLINS, 2019, p.80). Guardadas as devidas proporções, podemos espelhar a análise feita por Patricia Hill Collins para o contexto brasileiro e fazer um paralelo do estilo musical norte-americano criado por negros estadunidenses com os estilos musicais afro-brasileiros e aventar a hipótese de que, tal qual o *blues* nos EUA, o Chorinho, o Samba, mais recentemente o RAP, Funk, Afrofuturismo também são estilos musicais criados pelos negros/as brasileiros para dar voz às suas emoções e experiências de vida.

Retornando à música de Luedji Luna (2017) que nos pergunta: “Quem vai pagar a conta? Quem vai contar os corpos? Quem vai catar os cacos dos corações? Quem vai apagar as recordações? Quem vai secar cada gota, de suor e sangue?”, adentrando na discussão do processo de luto e enlutamento das mulheres negras que perdem seus filhos em decorrência da violência armada, e em busca de encontrar respostas para indagações cantadas em Cabô, mais uma vez vamos trazer o pensamento de Lélia Gonzalez, que escreve com maestria sobre a história cruel que se repete cotidianamente na vida do povo negro no brasileiro:

Foram morar em uma favela que disseram que tinha sido um quilombo. A vista lá de cima é linda. Dá para ver o mar, o Cristo, as casas grã-finas das madames lá de baixo e também quando o camburão vem para dar uma blitz no morro. Primeiro a gente fica com medo, mas depois se acostuma. Quê que se pode fazer, né? Triste foi quando houve aquele tiroteio e mataram o filho da vizinha ali de cima. Só tinha 18 anos. Custaram pra levar pro necrotério e ele ficou ali, caído, uma porção de mosca em cima. Marginal, sabe? Coitada da mãe, tanto sacrifício pra nada. A irmã dela, que mora naquele barraco perto do barranco, o marido está preso há uns cinco anos e temmais uns dez pela frente. A coitada dá um duro danado pra sustentar seus filhos. Trabalha de cozinheira num botequim lá perto da Central, carteira assinada e tudo. Oemprego é o porque sempre dá pra trazer umas coisinhas pras crianças comerem (GONZALEZ, 1979, p. 29).

Como já exposto no decorrer deste trabalho através de números e dados estatísticos, pessoas negras do sexo masculino morrem mais por homicídios que homens não negros, caracterizando o genocídio de jovens e homens negros. Vale ressaltar que o artigo de Gonzalez foi publicado em 1979, portanto, o genocídio da juventude negra, em curso no Brasil, não é um fenômeno recente, mas crônico e estrutural que ocorre nas periferias brasileiras. Em concordância com essa lastimável realidade, há estudos que mostram evidências de que a população negra tem mais contato com mortes por homicídios, em contrapartida, são as que menos procuram os serviços de saúde mental, recorrendo mais às redes de cuidado, tais como instituições religiosas e coletivos para lidar com o processo do luto (DOMINGUES; DESSEN; QUEIROZ, 2015; SOUZA *et al.*, 2020).

O luto pode ser definido como “um processo de elaboração e resolução de uma perda real ou fantasiosa pelo qual todas as pessoas passam em vários momentos da vida, com maior ou menor sucesso” (SCHLIEMANN; NACIF; OLIVEIRA, 2002, n. p.) É, para defini-lo em termos mais simples, uma dor emocional e um sentimento de agonia, ao se perder uma pessoa querida. O Tratado de Medicina de Família e Comunidade define luto como:

Um processo esperado após o rompimento de um vínculo e tem íntima relação com os contextos históricos e sociais. Como um tipo de ritual de transição, os rituais de morte e luto demarcam em estágios o processo de ‘morte social’ do indivíduo, que cronologicamente difere da morte biológica. Durante essa desconstrução da identidade social da pessoa falecida, os familiares reafirmam a sua continuidade na ausência daquele ente (GUSSO; LOPES, 2012, p. 820)

O luto é um processo vivenciado em inúmeras situações e momentos da vida, mas quando decorrente da morte de um filho, é denominado luto parental, tem algumas peculiaridades, podendo ser considerado um dos mais difíceis de ser experienciado. Os sentimentos de dor e ansiedade, raiva e culpa, separação e saudade são semelhantes aos de qualquer outro tipo de luto, no entanto, a intensidade e a duração desses sintomas são maiores no caso de luto parental (CASELLATO, 2002).

O enlutamento tem influências multifatoriais e tempos diferentes de resolução para cada pessoa. Quando ocorre sua elaboração, o trauma da perda é superado e esse processo se encerra. Porém, pode não ser completado e, por conseguinte, o processo de luto pode se estender de maneira crônica e/ou jamais ser encerrado sendo chamado de luto complicado. O luto parental

pode durar toda a vida, sendo por si só um fator de risco para o desenvolvimento de luto complicado.

Há diversos tipos de lutos complicados, que podem ser catalisados por inúmeros fatores de risco. Vamos enfatizar a síndrome do luto crônico é definida por Bromberg (1998, p. 22) como uma “reação mórbida, na qual ansiedade, tensão, inquietação e insônia predominam, havendo também ideias de auto reprovação e repentinos de raiva”.

O processo do luto apresenta inúmeros outros fatores de risco para o desenvolvimento de sua complicação, vamos destacar alguns para esta discussão:

- a) as circunstâncias da morte;
- b) morte súbita ou esperada;
- c) presença de estressores ou crises concomitantes à perda;
- d) o suporte social;
- e) status educacional, econômico e ocupacional dos pais;
- f) rituais funerários utilizados;
- g) background social, cultural, religiosos e filosófico dos pais;
- h) experiências passadas dos pais relacionadas à perda e morte (CASELLATO, 2002).

A morte dos jovens assassinados em decorrência da ação genocida do Estado é repleta de fatores de risco para o desenvolvimento de um luto complicado. Um dos principais fatores de risco é o não reconhecimento social do luto materno. Muitas mães são criminalizadas e tachadas de “mães de bandidos” pela polícia e pela sociedade, outras têm que suportar a criminalização de seus filhos que são estigmatizados como “bandidos”, independentemente de terem ou não associação com atividades ilícitas, ou, pior ainda, não poderem enterrar seus filhos, pois os corpos nunca foram encontrados, como ocorreu no caso das “Mães de Acari” (ARAÚJO, 2007; BRITO, 2017). As criminalizações das vítimas são potencializadas pela legitimação social da morte de “jovens suspeitos”, já que as vítimas são em sua maioria jovens pretos, pobres e favelados, e suas mães mulheres, pretas, pobres e faveladas. O lugar destinado aos corpos negros em nossa sociedade é um lugar de subalternidade, de acúmulo de opressões, violações, desvalorização, desumanização e racismo. Para SOUZA *et al.*, 2020, a morte e o luto são fenômenos sociais e políticos, para nós a morte e lutos de são fenômenos sociais, políticos e indissociáveis da raça (TAVARES, 2021).

Casellato (2005, p. 30) afirma que as “regras sociais determinam quais perdas são passíveis de luto, como devemos nos enlutar, quem tem legitimidade para enlutar-se pela perda e quais as reações adequadas e passíveis de apoio e aceitação. Além disso, indicam para quem tais reações devem ser dirigidas.” Ainda segundo a autora, a cultura não é apenas um fator relevante ao processo do luto, mas o *setting* onde ocorre o processo do luto. No entanto, na literatura em tanatologia não se observa a análise racial e sua influência no processo do enlutamento, mesmo sendo este um quesito fundamental, pois agrega peculiaridades inerentes à vivência do corpo negro, racializado e enlutado em uma sociedade estruturalmente racista.

Nesse sentido, a mãe de um jovem considerado “suspeito”, assassinado pelo Estado em nome da manutenção da proteção e soberania do Estado, fazendo valer a necropolítica vigente, tem seu luto deslegitimado e negado pela sociedade brasileira, visto que é estruturalmente racista e não valida essa morte como digna de luto. Muitas mães durante o processo de luto, por terem seus filhos assassinados pelo Estado, passam por um processo de experienciar no próprio corpo a dor da perda, de transformar esse corpo que sofre intensamente pela ruptura de um ciclo de vida em um corpo político que legitima e dá voz ao seu filho morto. Desse modo, o corpo sofrido e enlutado se transforma em um corpo que luta na busca por respostas e justiça por seus filhos (ARAÚJO, 2007; BRITO, 2017). As fases do luto se misturam e se entrelaçam com as fases de luta, de participação de coletivos e movimentos sociais que as apoiam nessa busca. O constante revisitar da dor da perda por causa do ativismo social pode fazer com que algumas não consigam encerrar o luto. A experiência do luto em luta pode ser muito positiva, mas também pode provocar lutos incompletos.

Sendo a cultura e a sociedade tão importantes no processo do luto, a literatura da tanatologia não considera a questão racial como relevante no enlutamento, mesmo sendo este um quesito fundamental e que agrega peculiaridades inerentes à vivência do corpo racializado e enlutado em uma sociedade estruturalmente racista. Os estudos e recomendações sobre o cuidado de pessoas em luto são baseados em estudos “branco centrados” e negligenciando os aspectos socioculturais relevantes para a construção do luto em outros grupos sociais como os negros produzindo abordagens não integrais e iatrogenias (TAVARES, 2021).

Na cidade do Rio de Janeiro, a rede de Atenção Primária à Saúde teve seu processo de expansão com a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (APS) instaurada em 2009, com a implementação das Clínicas da Família (CF,) como são denominadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Baseando-se no princípio da equidade e na Lei dos Cuidados Inversos,

muitas Clínicas da Família ficam em áreas com maior vulnerabilidade social, em sua maioria localizadas nas áreas de favelas e subúrbios existentes da cidade.

Partindo do pressuposto de que 67% do público atendido pelo SUS é negro (BRASIL, 2017, p. 13), e que a maioria dessas pessoas afetadas pela violência armada são moradores de favelas, a rede da APS é um dos possíveis locais de acesso à saúde que pode compor o itinerário terapêutico dessas mães após a perda de seus filhos pela violência armada. Tendo este estudo foco na APS, entender a relação dessas mães com os serviços oferecidos pela APS no processo de luto é relevante.

## 5 OS CAMINHOS METODOLÓGICOS PERCORRIDOS NA PESQUISA

Ô Neide, ô Neide, ô Neide  
(LUNA, 2017).

Após o exame de qualificação desta dissertação, foi realizada revisão de literatura narrativa com busca de artigos, teses e dissertações sobre o tema da pesquisa em bases de dados (SciELO, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), como também em sites, livros e revistas científicas disponíveis. Optou-se pela revisão de literatura narrativa, por entender que “são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou conceitual” (ROTHER, 2007, online). Nesse tipo de revisão, não se especifica as fontes utilizadas e nem os critérios de seleção, fato que pode gerar viés. Rother (2007, online) diz, ainda, que as revisões narrativas se “constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor”. Sendo assim, a revisão tem a intenção de aprofundar os conhecimentos sobre o “estado da arte”, possibilitando explorar os tipos de publicações existentes sobre o tema estudado, a fim de apoiar o embasamento teórico-reflexivo desta dissertação.

Para analisar as nuances do processo de luto que reverberam na saúde mental das mulheres que perderam seus filhos pela violência armada foi realizada uma pesquisa qualitativa. Segundo Minayo e Sanches (1993), o método qualitativo é pautado nas ideias da fenomenologia e da subjetividade. A pesquisa qualitativa busca compreender a dinâmica do ser humano, explicar o porquê das coisas sem quantificar valores, buscando a explicação e a compreensão da dinâmica das relações sociais e de processos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis quantitativas. Há o envolvimento emocional do pesquisador e utiliza-se de recursos que envolvem os sentidos, tais como a observação livre, as entrevistas semidirigidas, a coleta intencional de prontuários e de amostras populacionais, que são selecionadas de acordo com foco do objeto de estudo. Nesse método as hipóteses e as construções teóricas iniciais podem ser revistas, reformuladas, terem seus conceitos construídos e reconstruídos, verificados e validados pelo autor. A metodologia qualitativa explora valores subjetivos, questões políticas, morais e ideológicas, temas que, como já mencionado, não são possíveis de serem expressados apenas por números ou variáveis quantitativas.

Na construção desse trabalho, consideramos e ponderamos sobre algumas metodologias qualitativas, tais como História de Vida, História Oral por meio da entrevista em profundidade, metodologias essas apresentadas no exame de qualificação. Após um longo caminho com alguns percalços, devido à pandemia de COVID-19, a piora do cenário sociopolítico e econômico brasileiro, a densidade e complexidade do tema houve a necessidade da mudança da escolha metodológica.

Durante o curso do mestrado, duas Chacinas ocorreram na cidade do Rio de Janeiro, matando em sua maioria jovens negros: a Chacina do Jacarezinho em maio de 2021 e a Chacina da Penha em maio de 2022, dias após a do Jacarezinho completar um ano. Essas chacinas estão no terrível ranking das chacinas mais letais da cidade, ficando em 2ª e 3ª lugares, respectivamente.

A materialização da política genocida por meio das chacinas ocorridas durante a escrita colocou em questionamento a relevância da realização de um estudo teórico sobre o tema. A Chacina do Jacarezinho ocorreu em uma quinta-feira, dia da aula de mestrado, no qual o cronograma reservava para ser um dia dedicado à escrita do texto da qualificação que se aproximava. Estar na frente do computador escrevendo sobre algo que estava acontecendo naquele exato momento foi devastador. Acompanhar relatos de ex-colegas de trabalho sobre o que acontecia, ver vídeos de cenas da guerra cruel, brutal e sanguinolenta que acontecia me envolveu em sentimento de impotência que me levou a pensar em parar de estudar este tema e desistir do mestrado. Desejo utópico e sincero de fazer ciência desejando um mundo melhor escorria em forma de sangue pelos becos do Jacarezinho. Perguntas como: esse estudo é o comprimento da demanda individual ou vai ter alguma serventia para o coletivo? De que vale um estudo teórico, se no exato momento em que me dedico à escrita desse texto, jovens são mortos nas periferias cariocas? Essa produção acadêmica pode ajudar a construir uma nova perspectiva para a saúde da população negra?

Um ano depois de conseguir reconstruir e ressignificar a relevância deste trabalho, entendendo e respondendo aos meus próprios questionamentos, outro banho de sangue dissipou mais uma vez o sentimento de produzir ciência para melhorar o mundo. Isso causou diversas paradas de escrita devido à perda de sentido da ciência e à dureza de lidar com a complexidade do tema estudado.

Após a aprovação do comitê de ética, houve uma aproximação com possíveis entrevistadas de distintas comunidades do Rio de Janeiro, no entanto, a vida dessas mulheres



foi atravessada por acontecimentos que adjetivaríamos como trágicos, se não soubéssemos da necropolítica em vigor. Por intermédio de uma profissional da saúde mental que realizava atividades com mulheres que tiveram filhos assassinados em uma comunidade do Rio de Janeiro, conseguimos o contato de uma mãe que se interessou em participar da entrevista. Porém, quando foi tentado contato telefônico por WhatsApp e não obtivemos resposta. A informação que tivemos foi que um líder comunitário havia desaparecido naquela semana e todos estavam temerosos com a situação. Havia outra mãe com a qual eu havia tido contato por WhatsApp e fui recebida em sua casa para apresentar a ideia do trabalho e saber se gostaria de participar da entrevista. Ficamos por mais de uma hora conversando; ela me contando sobre sua vida após o assassinato de seu filho. A conversa não pode ser utilizada no trabalho, pois ainda não havia aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Na semana seguinte, quando foi enviada mensagem na intenção de agendar a data da entrevista, ela me informou que estava retornando do enterro de seu irmão que havia sido assassinado. Esses fatos motivaram a mudança metodológica. Essa experiência negativa na captação das entrevistadas, levaram a mais uma parada na produção e à tomada de decisão de desistir da pesquisa, mas com o apoio das minhas orientadoras decidimos por um novo percurso metodológico.

Ademais, recorro aqui a uma frase dita por minha mãe na banca de defesa: “Mariana, você teve coragem de trabalhar com corda na casa de enforcado”. Além disso, no início da pandemia de covid que coincidiu com o início deste mestrado perdi meu pai para a Covid-19 em um momento que pouco sabíamos sobre essa doença e a vacina era algo muito distante de ser uma realidade. Estudar luto estando passando pela perda de uma das pessoas mais importantes de toda minha vida foi o maior desafio desse trabalho. A minha percepção de que estudar o tema reativava gatilhos e fases do luto que eu já havia passado foi tardia, mas minhas generosas orientadoras Cristiane e Jeane me guiaram com incentivos, conversas sobre autocuidado, me apoiando e entendendo os meus limites. As chacinas somadas à vivência do meu próprio luto me limitaram no desejo de conseguir fazer um trabalho mais denso. O percurso metodológico de ter chegado à *Escrevivência* foi como um apoio ancestral para que permitisse que esse trabalho fosse finalizado, sem essa metodologia talvez não tivéssemos conseguido chegar até aqui.

No percurso em busca de uma nova metodologia, seguimos as sugestões da banca de qualificação de usar uma epistemologia preta que dialogasse mais intensamente com o objeto de estudo, por isso a escolha da *Escrevivência* como sendo a metodologia mais adequada para

aprofundar as nuances do processo de luto, que reverberam na saúde mental de mulheres que perderam seus filhos pela violência armada.

A Escrivivência é uma metodologia de escrita desenvolvida pela escritora brasileira Conceição Evaristo (2016) cunhada no livro *Insubmissas Lágrimas de Mulheres*. É uma escrita que surge de uma experiência pessoal, da investigação do entorno, da observação e da absorção da vida, da existência de experiências específicas de mulheres negras que abarcam um sentido de universalidade (DUARTE; NUNES, 2020, p. 31-34). Sobre essa metodologia:

Escrevivência, em sua concepção inicial, se realiza como um ato de escrita das mulheres negras, como uma ação que pretende borrar, desfazer uma imagem do passado, em que o corpo-voz de mulheres negras escravizadas tinha sua potência de emissão também sob o controle dos escravocratas, homens, mulheres e até crianças. E se ontem nem a voz pertencia às mulheres escravizadas, hoje a letra, a escrita, nos pertencem também. Pertencem, pois nos apropriamos desses signos gráficos, do valor da escrita, sem esquecer a pujança da oralidade de nossas e de nossos ancestrais. Potência de voz, de criação, de engenhosidade que a casa-grande soube escravizar para o deleite de seus filhos. E se a voz de nossas ancestrais tinha rumos e funções demarcadas pela casa-grande, a nossa escrita não. Por isso, afirmo: “a nossa escrevivência não é para adormecer os da casa-grande, e sim acordá-los de seus sonos injustos”. Nossa escrevivência traz a experiência, a vivência de nossa condição de pessoa brasileira de origem africana, uma nacionalidade hifenizada, na qual me coloco e me pronuncio para afirmar a minha origem de povos africanos e celebrar a minha ancestralidade e me conectar tanto com os povos africanos, como com a diáspora africana. Uma condição particularizada que me conduz a uma experiência de nacionalidade diferenciada. Assim como é diferenciada a experiência de ser brasileiroviva, de uma forma diferenciada, por exemplo, da experiência de nacionalidade de sujeitos indígenas, ciganos, brancos etc. Mas, ao mesmo tempo, tenho tido a percepção que, mesmo partindo de uma experiência tão específica, a de uma afro-brasilidade, consigo compor um discurso literário que abarca um sentido de universalidade humana. Percebo, ainda, que experiências específicas convocam as mais diferenciadas pessoas. Creio que é a humanidade das personagens. Construo personagens humanas ali, onde outros discursos literários negam, julgam, culpabilizam ou penalizam. Busco a humanidade do sujeito que pode estar com a arma na mão. Construo personagens que são humanas, pois creio que a humanidade é de pertença de cada sujeito. A potência e a impotência habitam a vida de cada pessoa (DUARTE; NUNES, 2020, p. 30-31).

Esta dissertação configura-se como uma escrevivência que versa sobre minhas experiências pessoais enquanto médica de família e comunidade atuando em territórios favelizados, somada às vivências trocadas com colegas de trabalho, às trazidas por usuários(as) nas consultas, outras lidas em livros, artigos, textos e discussões em disciplinas realizadas. Esse acúmulo de histórias é rememorado, misturado e escrevidas por mim neste trabalho, pois:

A Escrivivência pode ser como se o sujeito da escrita estivesse escrevendo a si próprio, sendo ele a realidade ficcional, a própria inventiva de sua escrita, e muitas vezes o é. Mas, ao escrever a si próprio, seu gesto se amplia e, sem sair de si, colhe

vidas, histórias do entorno. E por isso é uma escrita que não se esgota em si, mas, aprofunda, amplia, abarca a história de uma coletividade. Não se restringe, pois, a uma escrita de si, a uma pintura de si (DUARTE; NUNES, 2020, p. 35).

Essa Escrevivência é sobre as Neides e as Marianas. Elas não são reais e ao mesmo tempo o são, pois existem na realidade ficcional dessa escrevivência. São escrevíveis a partir de muitas Neides e Marianas reais que têm histórias de vida semelhante a elas, a partir de memórias de histórias vividas, ouvidas e lidas com as quais tive contato ao longo da minha trajetória como médica de família e comunidade. Não é a história de uma pessoa real, mas é uma composição de histórias realísticas de Neides e Marianas criadas a partir de muitas Neides e Marianas reais que a violência armada cria diariamente em nosso país. Escrevo sobre elas no plural na intenção de tentar abarcar todas as mulheres negras que se assemelham às Neides e às Marianas. Existem muitas Neides. Existem poucas Marianas. Escreveremos também no singular para nos aproximarmos e ficarmos mais próximas dessas histórias aqui escrevíveis.

## 6 ESCRIVIVÊNCIA

As Neides e as Marianas têm histórias de vida diferentes, classes sociais diferentes, mas têm um ponto em comum: são mulheres negras. Ter a pele preta confere-lhes uma conexão ancestral. As Neides são mulheres negras, trabalhadoras e moradoras de favelas. As Marianas são mulheres negras, médicas que trabalham nas favelas, moradoras de bairros nobres.

As Neides são moradoras de favelas da Zona Norte. Trabalham como empregadas domésticas ou como auxiliar de serviços gerais em supermercados e shoppings, etc. Têm mais de um filho. Em sua maioria, são mães solo. Algumas contam com apoio de familiares, vizinhos ou de instituições assistenciais presentes nas favelas, outras não têm nenhum tipo de apoio. Têm extensas jornadas de trabalho, remuneração precária por vezes insuficiente para sustentar a si e aos seus filhos. São mulheres que lutam diariamente para garantir o sustento da família.

As Marianas são mulheres negras moradoras de condomínios de classe média da Zona Sul<sup>1</sup>. São médicas negras com residência médica<sup>2</sup>, mestrado e até doutorado. Sem filhos. Têm carga horária razoável, remuneração salarial compatível com a profissão. São mulheres que trabalham por seus ideais e para manter um bom padrão de vida.

Neide acorda todos os dias da semana às 4h da manhã, prepara o almoço dos filhos, come uns biscoitos com uma xícara de café enquanto arruma as crianças para a escola. Sai às 6h para ir trabalhar na casa de uma madame na Zona Sul. Demora 2h para chegar na casa da patroa, quando não há problemas no ramal do trem. No trabalho, lava, passa, arruma casa, cuida dos filhos da patroa, que lhe considera como uma “pessoa da família”. Trabalha de segunda a sexta-feira, ganha um salário mínimo e, às vezes, a patroa lhe dá “um extra, um agrado”.

As Neides são a personificação do lugar social da mulher negra na sociedade brasileira, ocupando cargos de trabalho que exigem pouca escolaridade, baixa qualificação profissional, que não exigem “boa aparência”. São o resultado do acúmulo de opressões históricas, da herança perversa do período escravocrata, por isso, na divisão racial e sexual do trabalho, ocupam o lugar mais subalterno, sofrendo uma discriminação tripla: racial, de gênero e de

---

<sup>1</sup> Zona Sul é uma região da cidade do Rio de Janeiro onde estão localizados os bairros mais nobres e elitizados da cidade, em contraponto à Zona Norte que é uma região mais periférica que concentra grandes complexos de favelas.

<sup>2</sup> Residência médica é uma pós-graduação na qual médicos se especializam em alguma área da medicina, como por exemplo: a residência médica em cardiologia forma cardiologistas.

classe. É sobre elas que incide e reflete-se toda a carga de opressão social existente. Como afirma Lélia Gonzalez (1984, p. 231-232):

Mas é justamente aquela negra anônima, habitante da periferia, nas baixadas da vida, quem sofre mais tragicamente os efeitos da terrível culpabilidade branca. Exatamente porque é ela que sobrevive na base da prestação de serviços, segurando a barra familiar praticamente sozinha. Isto porque seu homem, seus irmãos ou seus filhos são objeto de perseguição policial sistemática (esquadrões da morte, “mãos brancas estão aí matando negros à vontade.

[...] E retomando a questão da mulher negra, a gente vai reproduzir uma coisa que a gente escreveu há algum tempo. As condições de existência material da comunidade negra remetem a condicionamentos psicológicos que têm que ser atacados e desmascarados. Os diferentes índices de dominação das diferentes formas de produção econômica existentes no Brasil parecem coincidir num mesmo ponto: a reinterpretação da teoria do “lugar natural” de Aristóteles. Desde a época colonial aos dias de hoje, percebe-se uma evidente separação quanto ao espaço físico ocupado por dominadores e dominados. O lugar natural do grupo branco dominante são moradias saudáveis, situadas nos mais belos recantos da cidade ou do campo e devidamente protegidas por diferentes formas de policiamento que vão desde os feitores, capitães de matos, capangas, etc, até a polícia formalmente constituída. Desde a casa grande e do sobrado até aos belos edifícios e residências atuais, o critério tem sido o mesmo. Já o lugar natural do negro é o oposto, evidentemente: da senzala às favelas, cortiços, invasões, alagados e conjuntos “habitacionais” (...) dos dias de hoje, o critério tem sido simetricamente o mesmo: a divisão racial do espaço (...) No caso do grupo dominado o que se constata são famílias inteiras amontoadas em cubículos cujas condições de higiene e saúde são as mais precárias. Além disso, aqui também se tem a presença policial; só que não é para proteger, mas para reprimir, violentar e medrontar. É por aí que se entende porque o outro lugar natural do negro sejam as prisões. A sistemática repressão policial, dado o seu caráter racista, tem por objetivo próximo a instauração da submissão.

O lugar social das Marianas é precedido pelas Neides. As Marianas transpõem com a sina das Neides, na medida em que ascendem socialmente rompendo com o padrão vigente da divisão racial e sexual do trabalho descrito por Lélia Gonzalez e chegando às universidades, pós-graduações, ocupando cargos de poder, lugares sociais nos quais ainda existem poucas mulheres negras. As Marianas existem devido à luta de muitas Neides. As Marianas devem honrar a luta das Neides ancestrais!

Mariana acorda todos os dias da semana às 6h da manhã, prepara café da manhã tranquilamente antes de ir trabalhar em uma clínica da família na Zona Norte. Leva cerca de vinte minutos para chegar ao trabalho, dependendo do trânsito. Vai de carro próprio ou aplicativo de transporte. Trabalha de segunda a sexta-feira, ganha um salário digno. Lida diariamente com o preconceito racial no trabalho ao ser sempre questionada se é, de fato, médica e sobre suas competências técnicas.

A ascensão intelectual e econômica não blindava as mulheres negras de sofrerem preconceito racial no ambiente de trabalho. As Marianas desempenhando funções de nível superior, de liderança ou chefia ocupam um lugar, preenchem um lugar que é socialmente destinado aos brancos e não à mulher negra, figura historicamente que representa a base da pirâmide social brasileira. As Marianas, a todo momento, têm que provar as suas capacidades técnicas e intelectuais de desempenhar essas funções, têm que se mostrar competentes e melhores que os outros. E lidar com suas inseguranças geradas pelo racismo (SILVA, 2006, p. 224; DAVIS, 2006, p. 103). Algo semelhante não acontece com os não negros, os quais podem ser medíocres, mas por terem “boa aparência” são aceitos e protegidos pelo pacto narcísico da branquitude (BENTO, 2022).

Esse início de semana foi complicado na favela, pois quase todos os dias teve “operação”. Na última madrugada, quase ninguém dormiu com tantos tiros, helicópteros e bombas. Foi uma daquelas noites terríveis. A favela amanheceu silenciosa, ruas desertas, bares e comércio fechados. Só havia o movimento das pessoas indo trabalhar e nada mais...

Neide quase não dormiu já que a “operação” começou por volta das 22 horas. Às 4 horas da manhã, hora de o despertador tocar, o tiroteio havia dado uma pequena trégua. Muito sonolenta pela noite mal dormida se apressou para fazer sua rotina matinal. Pedro, seu filho mais velho, já estava acordado e também não conseguiu pregar os olhos, disse à mãe que a escola não ia ter aula por mais um dia, por causa do tiroteio. As aulas da creche onde seu irmão estuda também foram suspensas. Neide orientou que quando a operação acabasse, eles deveriam passar o dia na casa da Vó. Então saiu pelas ruas vazias e silenciosas da favela. O trem estava suspenso por causa do tiroteio, sem previsão de retorno. Teve que ir de ônibus. Avisou à patroa do atraso, explicou o acontecido e mesmo assim ela reclamou.

O despertador do celular de Mariana tocou como sempre às 6 horas da manhã. Todos os dias antes de se levantar da cama, ela abre o grupo de WhatsApp do trabalho para ver como está o território. Ela é médica de família e comunidade em um grande e violento complexo de favelas do Rio de Janeiro. O grupo de WhatsApp amanheceu cheio de mensagens. Mal sinal... Ainda sonolenta, lendo as quase cem mensagens, o coração dispara! Houve “operação” durante a madrugada, o caveirão entrou com tudo, foram muitos tiros, helicópteros e bombas a noite inteira.

Acordar e checar o celular para saber se iria trabalhar ou não já era medular para Mariana, ação automatizada, tal qual acordar e escovar os dentes. Mas os dias em que o tiroteio

impedia um turno ou o dia inteiro de trabalho eram os piores. Pois se sentia confortável e protegida dentro de sua casa, onde jamais ouvia som de tiros e helicópteros, apenas os que pousavam no heliporto do prédio ao lado. Sua casa era um ambiente seguro. Para a polícia entrar somente com mandado de segurança. Na comunidade onde trabalha, a realidade é bem outra...

Mariana se sentou no sofá da sala para ler as mensagens, ver fotos e vídeos que não paravam de chegar no celular. Eram cenas de horror e guerra. O Acesso Mais Seguro estava em vermelho, ou seja, a clínica estava fechada com a orientação de reavaliação do território em uma hora. Era uma hora de angústia intensa, sem saber o que fazer: se arrumar para ir ao trabalho ou não. Como estaria o território daqui a uma hora? Passou um café. Estava com a respiração ofegante, sensação de “batedeira no peito”, mãos suando frio a cada nova mensagem que chegava no celular. Resolveu deixar o café e fazer um chá de camomila. Não conseguia comer, sentia o “estômago embrulhado”. Olhou o relógio só havia passado 20 minutos. Tomou banho e vestiu a roupa de trabalho. Sem novas mensagens no celular... Mandou mensagem no grupo dos médicos, havia pressão da gestão para a clínica abrir, mas pela as informações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o território estava muito instável. Eles estavam com medo de sair, outros impossibilitados de sair.

Os ACS contavam que passaram a noite em claro, em estado de alerta, com policiais rondando os becos, caveirão passando na porta de casa. Alguns tiveram suas casas invadidas pelos policiais, estava tudo revirado. Outro passou a noite ouvindo uma pessoa sendo torturada, morava ao lado do “beco do mal”, outra teve que dormir na casa da sogra por não ter conseguido chegar em casa.

Ações arbitrárias, violentas e sem autorização judicial feitas pelos policiais durante as operações são práticas de abuso de poder contra os moradores. Relatos de policiais que entram nas casas sem mandados judiciais, arrombando as portas ou utilizando uma “chave mestra”, com a prerrogativa de estarem procurando criminosos ou para arrumar tocaias denominadas “troias”. Relatos de agressões verbais e físicas e até roubo de eletrodomésticos e objetos pessoais dos moradores são frequentes. A favela constitui um território de exceção, onde se encontra a morada do inimigo. Logo, em nome da manutenção da soberania, as regras que valem “na Zona Sul” deixam de valer na favela (ANISTIA INTERNACIONAL, 2015; SILVA; LEITE, 2007). A atuação do Estado brasileiro em territórios marginalizados nos remete ao

pensamento de Silvio Almeida (2019) no qual o conceito de necropolítica transcende o período colonial e que ainda é possível aplicá-lo aos dias de hoje:

É aí que se revela o necropoder: nesse espaço que a norma jurídica não alcança, no qual o direito estatal é incapaz de domesticar o direito de matar, aquele que sob o velho direito internacional é chamado de direito de guerra. A peculiaridade do terror colonial é que ele não se dá diante de uma ameaça concreta ou de uma guerra declarada; a guerra tem regras, na guerra há limites. Mas e na ameaça da guerra? Qual limite a ser observado em emergências, em que sei que estou perto da guerra e que meu inimigo está próximo? Não seria um dever atacar primeiro para preservar a vidados meus semelhantes e manter a “paz”? É nesse espaço de dúvida, paranoia, loucura que o modelo colonial de terror se impõe. A iminência da guerra, a emergência de um conflito e o estresse absoluto dão a tônica para o mundo contemporâneo, em que a vida é subjugada ao poder da morte. Dizer que a guerra está próxima e que o inimigo pode atacar a qualquer momento é a senha para que sejam tomadas medidas “preventivas”, para que se cerque o território, para que sejam tomadas medidas excepcionais, tais como toques de recolher, “mandados de busca coletivos”, prisões para averiguação, invasão noturna de domicílios, destruição de imóveis, autos de resistência etc (ALMEIDA, 2019, p. 119-120).

Quando Mariana passou na residência médica, foi uma grande alegria em sua família que durou até o momento em que ela contou aos pais onde era localizada a clínica da família que ela escolheu: em uma das favelas considerada como uma das mais perigosas do Rio de Janeiro. Essa escolha gerou uma grande tensão familiar. Seu pai tentou convencê-la de todas as maneiras para não ir trabalhar lá, a mudar de clínica. Tentativas em vão, nada mudaria sua escolha político-ideológica de trabalhar em favela como médica de família e comunidade. Para minimizar os conflitos de sua escolha, Mariana não contava aos pais quando havia tiroteios, nem quando a clínica fechava devido aos conflitos armados, muito menos quando precisava se abrigar na casa dos pacientes por causa de tiroteios inesperados quando estava no território. Só os avisava quando havia reportagem na televisão, nesses dias mandava mensagem dizendo que estava bem, em casa e em segurança.

O caráter imprevisível com que acontecem as “operações” policiais, na “caçada aos traficantes”, altera negativamente a rotina dos moradores, cerceando o direito ao direito de ir e vir, de desfrutar de áreas de lazer, do acesso à saúde e à educação. O cotidiano tende a se estruturar ao redor dessa constante iminência, criam-se rotinas específicas, mecanismos de segurança próprios, para se protegerem (CAVALCANTI, 2008; RIBEIRO *et al.*, 2020). A adaptação forçada a essa situação implicou em uma institucionalização de medidas relacionadas à presença constante dos tiroteios. Como por exemplo o protocolo Acesso Mais Seguro, aplicado nos equipamentos públicos, como a saúde e a educação, localizados em zonas de



conflito armado. O protocolo versa sobre o funcionamento dos equipamentos, chegada e deslocamento de profissionais que trabalham nessas áreas como também de moradores que os utilizam. Em pesquisa realizada em uma favela do Rio de Janeiro, temos a seguinte explicação:

No que toca a VA (violência armada), operações policiais e mudanças no funcionamento dos equipamentos devido ao risco de VA alteraram atividades programadas, o que evidencia os desafios cotidianamente enfrentados pelos profissionais e moradores de Manguinhos. A população de Manguinhos, como a de tantas outras favelas cariocas, carece ainda da garantia de acesso efetivo e de qualidade aos direitos de cidadania, sendo o território marcado por profundas desigualdades econômicas e sociais (RIBEIRO *et al.*, 2020, p. 5).

Durante o confronto, dois "meninos do movimento" foram baleados, atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e depois levados para a delegacia. Um terceiro ficou ferido, mas conseguiu fugir e ainda não se tinha notícia dele. A notícia mais angustiante sobre essa semana exaustiva de "operação" foi dada no noticiário televisivo da manhã: um policial ficou gravemente ferido e estava internado em estado grave. Um ar de tensão ficou pairando pela favela. Uma coisa era sabida: a polícia iria revidar, e se o policial morresse então... tudo ficaria ainda pior!

No meio da manhã não se ouvia mais tiros, o caveirão estava saindo da favela. Pedro foi com seu irmão para a casa da Vó. Ela já estava muito idosa com um pouco de dificuldade para fazer as tarefas do dia a dia. Há alguns meses, escorregou no tapete da cozinha e caiu. "Por sorte não quebrou o fêmur!", foi o que disse a médica da clínica da família na visita domiciliar. Desde de então, Pedro saía da escola e passava as tardes fazendo companhia a sua avó até a tia chegar do trabalho.

A Vó gosta de tomar um café preto com pão fresquinho todo final de tarde, e assim todo entardecer Pedro vai à padaria comprar pão. Na volta sempre para na "boca" para trocar uma ideia com seus amigos que trabalham lá. Quando estava indo comprar pão, a Vó lhe abraçou e recomendou não parar para conversar com ninguém, a voltar logo para casa, porque o "pei-pei-pei" poderia recomeçar a qualquer hora. Sempre lembrava da história do filho da vizinha que foi baleado e preso porque parou na hora errada para conversar com os meninos da boca. E não deu em outra. Parece que a Vó estava tendo algum pressentimento...

Pedro era muito obediente, mas naquele dia estava angustiado sem notícias do Menino Que Fugiu, seu melhor amigo. Eles cresceram juntos, colecionavam memórias de brincadeiras na escola, de brincar de pique, jogar bola no campo... Está há tantas horas sem notícias de seu

amigo, estava deixando-o devastado. Queria saber se ele estava vivo ou morto. Decidiu parar rapidinho na “boca” para saber notícias. Os colegas disseram que o Menino Que Fugiu estava ferido, mas vivo, recebendo os cuidados que precisava porque ele era “fechamento” do Chefe. Respirou e abriu um sorriso aliviado. Dizia aos “meninos da boca” o quanto ficava temeroso por perder mais um amigo de tiro, ainda estava se recuperando da morte de outro grande amigo ocorrida no último mês.

O tráfico alicia muitos jovens em situações de vulnerabilidade nas favelas. Muitos por terem pouco apoio familiar, outros de tanto verem suas mães sem dinheiro para as coisas básicas de casa, vislumbravam uma possibilidade de melhorar a vida de suas famílias. Outros, ainda, para ganhar prestígio entre os amigos. Cada um com seu motivo pessoal. Mas, no fundo, no fundo, muitos continuavam sendo os meninos que jogavam no mesmo time de futebol, que tinham as jogadas ensaiadas e uniformes para o campeonato. Assim pensava Pedro.

No momento em que desabafava com os amigos, o caveirão entrou atirando. O policial ferido na madrugada morreu. A polícia entrou com sede de vingança. Atiravam. Atiravam. Atiravam. Queriam vingar a morte de seu companheiro de farda. Não deu tempo de correr.

Pedro caiu.

Foi atingido em cheio no peito.

Sangue.

Muito sangue.

Tristeza, raiva e ódio.

Era o que estampava os olhos dos meninos da “boca” ao olhar o corpo de Pedro no chão.

Revidaram!

Outros também caíram.

Outros correram revidando.

Fim de tarde, Neide voltava para casa, faltando duas estações para descer o trem parou, ramal interrompido devido a tiroteio próximo às estações seguintes. “Será por quanto tempo o trem irá ficar parado”, pensou. Estava cansada, queria chegar logo em casa. O celular tocava insistentemente, mas o trem estava tão cheio que quase não conseguia pegar o celular. Muitas chamadas perdidas de sua irmã. Estranhou. Ao atender, sua irmã estava com a voz trêmula do outro lado da linha perguntando onde ela estava, dizendo que tinha que vir o mais rápido possível para casa e teria que ser forte ao chegar. Neide se afligiu, pensou logo em sua mãe que era muito idosa e frágil. Perguntou o que estava acontecendo, mas a única resposta que tinha



Os policiais não atuam por responsabilidade própria, como dito na cena do filme ‘Tropa de Elite 2’, na qual Capitão Nascimento diz: “Você pode ter certeza que o policial não puxa esse gatilho sozinho”, recebem ordens de superiores para matar “os suspeitos” e quando não compactuam com o sistema estão sujeitos a sofrer represálias de colegas e superiores ao descumprirem as ordens (SILVA; LEITE, 2007). A cultura de execuções e criminalização de pessoas executadas arbitrariamente pelos agentes de segurança pública tem anuência do Estado, como demonstrado no discurso do ex-juiz federal e ex-governador do Rio de Janeiro Wilson Witzel<sup>3</sup>: “O correto é matar o bandido que está de fuzil. A polícia vai fazer o correto: vai mirar na cabecinha e... fogo! Para não ter erro” (VEJA, 2018). Os jovens negros mortos pelos conflitos armados cumprem com atualização da agenda genocida do Estado. Para Ana Flauzina:

O sistema penal brasileiro e toda sorte de episódios violentos que dele decorrem têm servido como instrumentos estratégicos na materialização de uma política genocida no Brasil, ancorada em grande medida nas intervenções policiais. [...]

Os números que revelam o grau de vitimização da juventude negra apontam para um projeto que investe claramente contra o futuro, contra as possibilidades de todo um contingente existir e reproduzir. Não há flagrante mais incontestável de uma política de extermínio em massa: deve-se matar os negros em quantidade, atingindo preferencialmente os jovens enquanto cerne vital da continuidade de existência do grupo. Dentro dessa perspectiva, o aumento das taxas de vitimização da juventude ao longo da última década revela que não se trata de um processo herdado de um passado que tende à desfalecer, mas ao contrário, de um investimento diuturnamente renovado, em que o Estado, como sócio majoritário, não poderia mesmo intervir (FLAUZINA, 2006, p.116-117).

Neide foi amparada e levada no carro de um vizinho para a UPA mais próxima, onde foi medicada com calmantes fortes e liberada. Chegaram tarde da noite em casa, elas ainda vestiam roupas sujas de sangue. A Vó estava sentada no sofá aflita por notícias, ainda nutria um fio de esperanças por boas notícias apesar do mal pressentimento que sentia desde que Pedrosaiu para comprar pão e não voltou. Perguntou “Ô Neide, cadê o menino...?”, com receio da resposta que viria. Neide cai em lágrimas e diz que seu maior medo havia se tornado realidade. Pedro morto pela polícia. A Vó repetia a pergunta insistentemente: Ô Neide, cadê o menino?...Repetição era uma forma de negar a trágica notícia sobre seu neto predileto. As três mulheres

---

<sup>3</sup> O ex-juiz federal e ex-governador Wilson Witzel sofreu processo de Impeachment e foi afastado do cargo e perdendo seus direitos políticos por 05 anos, por crimes de corrupção, lavagem de dinheiro e formação de organização criminosa.

passaram a noite em claro, chorando abraçadas na cama da Vó. O quarto estava envolto num misto de sentimentos de tristeza, raiva, ansiedade, choque, torpor.

Mães de filhos negros guardam consigo um medo constante: a morte deles. Um sentimento que se inicia ao nascimento, um misto paradoxal de sentimentos, a alegria pelo gestar e nascimento da criança ao lado do medo e dúvidas sobre o acompanhamento do pré-natal e parto no sistema de saúde, as condições financeiras necessárias para garantir moradia, alimentação e estudo para o filho denominado por ROCHA (2014) de “Scared Joy” ou “alegria assustada” em tradução livre. A preparação da criança e principalmente do adolescente para o mundo, é baseada em ensiná-lo para lidar com situações de racismo e de risco de vida devido à cor da pele. Recomendações como a que a Vó fez à Pedro de não falar com os meninos da boca, ou outras como ter medo de policiais, ter consigo sempre o documento de identidade “para não morrer como indigente”, como me dizia meu pai, ou e estar sempre com “roupa boa e sapato de qualidade” como me diz minha mãe, que mesmo sendo branca criou uma filha negra. Essa característica é denominada pela autora como “Nurtured Warning”, “aviso nutrido”. A “Anxious Eminency” ou “iminência ansiosa” é a característica na qual a mãe adota mecanismos de evitação para que seu filho se afaste de algo que possa ser perigoso por saber possibilidade da iminência do acontecimento de uma fatalidade devido a cor de sua pele, então de alguma forma se prepara para chegada desse momento. A iminência ansiosa é expressa por mães em pesquisas sobre o tema de (ROCHA, 2014; ARAÚJO, 2019; BRITO, 2017), nas quais as mães entrevistadas relatam o mesmo medo sentido por Neide.

Neide tem poucas memórias do enterro, foi sob efeito dos fortes calmantes prescritos na UPA, mas há uma lembrança ela que jamais esquecerá, a de assistir o assassinato de Pedro noticiado no jornal. O repórter noticiou que um jovem morreu em troca de tiros com a polícia e apresentou a foto de Pedro. Neide ficou atônita com a maneira que seu estava sendo noticiado na televisão sobre a morte de seu menino. Ali sentia como se tivessem matado seu filho pela segunda vez. E mataram, mataram a dignidade de seu menino. Neide teve suas lágrimas suspensas<sup>4</sup>...

A criminalização dos jovens mortos como também a de suas mães é relatada em estudos sobre o tema e assistida cotidianamente nos meios de comunicação social e tem influência negativa no luto. O luto é um processo normal e esperado após a perda de um objeto de grande

---

<sup>4</sup> Parafrazeando Conceição Evaristo no poema “A noite não adormece nos olhos das mulheres”: “a noite não adormece/nos olhos das mulheres/há mais olhos que sono/onde lágrimas suspensas/virgulam o lapso/de nossas molhadas lembranças.”

estima para quem o perdeu e para sua comunidade/grupo de referência, dessa forma um dos elementos necessários para que o processo de luto ocorra de maneira natural é necessário que haja o reconhecimento social do luto para que haja validação e apoio social ao enlutado, não havendo esse reconhecimento pode levar ao adiamento ou inibição do luto e à conseqüente evolução para um enlutamento crônico e complicado (TAVARES, 2021). Certos tipos de morte, como os homicídios, desagregam do objeto perdido o valor a ele atribuído socialmente, ou seja, ter um filho assassinado desvaloriza o valor social da perda, deslegitimando a mãe de sofrer pela morte de seu filho.

Nos dias que sucederam a morte de Pedro, Neide foi tomada por um imenso vazio que ora era preenchido por choros copiosos ora por acessos de raiva. Parou de trabalhar. Não iria suportar sua patroa questionando se as notícias sobre as circunstâncias da morte de Pedro eram verídicas ou não. Passou semanas trancada dentro do quarto chorando, quase imóvel, se alimentando forçadamente. Frequentemente era tomada por um sentimento de culpa por aquele dia ter ido trabalhar ao invés de ficar em casa com seus filhos como já havia feito outras vezes, mas seria à terceira falta no mês, o desconto no salário ia ser grande, dificultaria o pagamento das despesas da casa. Uma imensa solidão lhe tomava o ser, mesmo estando cercada por sua irmã, mãe e do filho caçula a solidão fazia morada em seu peito.

As investigações inadequadas dos assassinatos extrajudiciais é uma forma de negação do luto no âmbito legal, a criminalização dos jovens mortos e de suas mães nos meios de comunicação social expondo de maneira pejorativa seu sofrimento são maneiras de não legitimar socialmente o luto dessas mulheres e impedir o seu direito ao luto em sociedade. Esta mesma sociedade reconhece e valida a morte de filhos de atrizes famosas, brancas com alto poder aquisitivo, noticiando de maneira respeitosa e dando espaço para homenagens e suporte social à mãe branca enlutada. Portanto, a não validação social da perda se não for interseccionada à aspectos relevantes as vivências da população negra tais quais: gênero, raça, classe, orientação sexual, religião, entre outras, podem inviabilizar e negligenciar o cuidado no luto dessas mulheres culminando em abordagens iatrogênicas, segundo a professora Dra. Jeane Tavares. A ausência de reconhecimento social do luto não só a manifestação do luto individual, mas também o luto coletivo, como ocorrido na Chacina do Jacarezinho, na qual a polícia destruiu o memorial construído em homenagem às vítimas da Chacina. A comunidade do Jacarezinho foi impedida e desrespeitada pelo Estado ao manifestar e homenagear seus mortos publicamente (DW, 2022). A professora Jeane Tavares explana:

Do Cais do Valongo na escravidão ao Cemitério da Vila Formosa na covid-19, passando pelo “Cemitério da Paz” do Hospital Colônia de Barbacena, este é um país que se ergueu e se mantém sobre covas rasas e valas coletivas onde corpos negros são descartados. O desprezo e o desvalor da vida negra no Brasil nos fazem sofrer, nos impedem de aprender a viver o luto coletivo e nos roubam o tempo necessário para vivermos os lutos individuais. Com as repetidas experiências de desamparo em meio à violência racial, aprendemos a não pedir ajuda e a não esperar apoio. Resistimos, sobrevivemos, avançamos, temos momentos de felicidade, mas não estamos bem. (TAVARES, 2020).

Neide passava as noites sem dormir. As madrugadas eram especialmente angustiantes porque remetia ao horário em que conversou com seu filho pela última vez. Quando conseguia cair no sono acordava repentinamente por volta das 4h da manhã tomada por uma enorme angústia que trazia consigo uma avalanche de sentimentos em estado bruto: raiva, arrependimento, saudade, medo, ausência. Os sentimentos se misturavam e lhe apertavam o peito, havia momentos que acreditava que não sobreviveria a tanta dor. Via o dia amanhecer de sua janela imersa em uma profunda tristeza e sensação de esgotamento com lágrimas escorrendo nos olhos.

O Caçula já não ia para escola fazia semanas, pois Neide não tinha ânimo para levantar da cama e arrumá-lo para à escola. Ele não perdeu somente o irmão, perdera também sua mãe que sucumbia à dor do luto. Nesse momento de dor aguda, uma amiga de infância, se reaproximou de Neide. Ana também perdeu seu filho em um tiroteio há alguns anos. Sabia o que a amiga estava sentindo. Oferecia sua escuta atenta, abraço carinhoso. Tomou para si a responsabilidade de arrumar o Caçula para ir à escola e ajudá-lo com os deveres de casa, já que seu filho e ele eram da mesma turma da escola. Neide sentia um pequeno alívio em sua angústia com o apoio da amiga.

Ana percebia que Neide estava em exaustão pela falta de sono, conversando com a Irmã de Neide, decidiram lhe dar um remédio para dormir que Ana guardava para as noites em que também perdia o sono lembrando de seu filho. Era um remédio de receita azul, sabiam que era forte, mas sabiam que fazia jus a necessidade de Neide. Queriam também usar o remédio como desculpa para levá-la ao médico, pois estava de um jeito de dar dó, era nítido que precisava de ajuda.

Neide dormiu bem com o remédio, acordou mais descansada. Teve uma noite de sono como não tinha há muito tempo, mas ao longo do dia ficou se sentindo um pouco estranha, parecia estar de “ressaca”, mas mesmo assim pegou mais alguns comprimidos com Ana. Por

insistência de Ana e sua Irmã, aceitou ir à clínica da família para não ficar tomando medicamentos de outra pessoa. Foi assim que as vidas das nossas personagens se cruzam.

Neide foi acompanhada de sua Irmã, chegaram cedo na clínica da família, conversaram com a ACS no acolhimento que informou que o dia estava muito cheio, tinha já alguns pacientes antes, mas que Neide conseguiria ser atendida. Neide não queria ir à clínica, quem diria esperar horas pelo atendimento... Foi ofertada a opção de uma consulta agendada para daqui a um mês, ela preferiu esperar e ser atendida ali sentada nas cadeiras da clínica. Entrava e saía paciente do consultório e nada de lhe chamarem, perguntou diversas vezes quantas pessoas ainda estavam na sua frente. Até que em determinado momento começou a esbravejar reclamando da demora pelo atendimento, gritava tanto que a Irmã não a reconhecia, nunca viu Neide tão exaltada como ali. A ACS explicava a Neide o motivo da demora, ela não queria entender... Neide estava cansada, confusa, gritava por ajuda...

Neide se acalmou ao saber que seria a próxima a ser atendida, depois da ACS conversar com a médica sobre o caso dela, pediu prioridade no atendimento naquele dia que estava difícil elencar qual paciente tinha maior prioridade. Por causa das semanas sucessivas com tiroteios a clínica ficou alguns dias sem abrir, outras funcionou somente em horário parcial, muitas consultas foram reagendadas e encaixes feitos para conseguir atender aos que não foram atendidos nos dias de conflito. A lista de atendimento de Mariana estava lotada, já perdera a conta de quantos pré-natais havia realizado naquele dia, sendo que um deles virou acolhimento mãe-bebê. Houve três casos de picos hipertensivos; um foi removido de ambulância com suspeita de infarto. O paciente da tuberculose ainda não havia chegado e se ele faltar novamente, iria virar abandono de tratamento. Mariana pediu para a ACS ir atrás dele. Além desses casos, havia crianças com febre e teste de covid negativo. E Neide gritando no acolhimento.

Dias caóticos como esses faziam Mariana repensar os motivos que a levaram a trabalhar lá, se valia a pena... Um sentimento de ser insuficiente e não dar conta do volume de trabalho lhe consumia. Sabia que não ia conseguir almoçar pela segunda vez na semana. Novamente comeria um salgado com refrigerante na barraquinha com receio dos pacientes lhe verem comendo porcarias na hora do almoço. Antes de retornar aos atendimentos chorava de cansaço escondida no banheiro.

É evidente que os conflitos armados prejudicam o funcionamento de serviços públicos essenciais na oferta de serviços de prevenção e promoção de saúde, campanhas de vacinação, cuidado aos pacientes crônicos, e pacientes em tratamentos e acompanhamento continuados,



gerando alto custo para os cofres públicos. Estima-se que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro em 2017 teve um impacto econômico de R\$ 6 milhões devidos à fechamentos e abertura parcial de serviços essenciais em decorrência de conflitos armados. Consultas, tratamento e atendimentos à saúde são interrompidos e prejudicados, crianças ficam sem aulas e sem merenda escolar, o que para algumas é sua principal refeição, prejudicando a saúde física, mental e intelectual delas. Ademais, soma-se a dificuldade de fixação de profissionais nessas localidades (CICV, 2018).

A ACS era vizinha de Neide, conhecia Pedro desde recém-nascido estava triste e revoltada com a morte do menino. Conversou com Mariana sobre como estava a situação de saúde de Neide, como à discussão do caso Mariana entendeu que os gritos de Neide eram de dor! Gritos de alguém que está necessitando de que seus sofrimentos sejam assentidos. Pactuo de atender Neide antes de sair para comer. Os outros pacientes seriam atendidos quando voltasse do horário de almoço, que por direito trabalhista é de uma hora, mas raríssimas vezes conseguia tirar.

Reações exacerbadas do enlutado são parte do processo de luto, reações podem ser compreendidas e justificadas como esperadas para esse momento da vida do enlutado e deve ser acolhido por aqueles em seu entorno. Porém, quando essa reação exacerbada ocorre com uma mulher negra a interpretação social dessa reação é deturpada pelos estereótipos associados a ela pela ótica racista vigente. A reação exacerbada é interpretada como agressividade, falta de educação características pejorativas socialmente atribuídas às mulheres negras prejudicando de maneira substancial o cuidado dessa paciente.

Mariana chama Neide para a consulta. Neide senta-se na cadeira do consultório, Mariana pergunta: "Neide, o que te traz aqui hoje?". Neide diz que necessita de uma medicação para dormir, deseja ter uma noite de sono inteira sem acordar desesperada às quatro da manhã e ver o dia amanhecer chorando na cama como faz desde que Pedro foi assassinado. Mariana indaga se havia mais alguma coisa que Neide gostaria de falar. Neide diz não, não queria falar sobre a morte do Pedro, não estava preparada para isso. Talvez em outro momento, estivesse disposta a falar, mas agora só desejava o remédio e ir embora. Estava cansada de esperar, cansada de dormir mal, cansada de sofrer... Seus olhos se enchem d'água... Chora copiosamente... Choro longo e triste... Choro de desabafo. Mariana permanece em silêncio olhando nos olhos de Neide. Oferece lenços para enxugar as lágrimas. Neide enxuga as lágrimas ao mesmo tempo que pede desculpas por estar chorando, ali não era lugar para isso. Mariana

diz que sim, ali era um espaço para poder chorar também, chorar alivia o coração, lava a alma. Diz que a consulta é um espaço de cuidado e chorar faz parte do processo de cuidar e ser cuidado. Neide ainda enxugando as lágrimas esboça um singelo sorriso de gratidão. Respira fundo e retoma o assunto do remédio. Quer um remédio para dormir, mas adverte que não queria ficar viciada em remédio nenhum. Conta que com o remédio da receita azul dormia bem, mas se sentia de “ressaca”. Mariana faz perguntas para abordar a insônia, orienta higiene do sono, respiração para relaxar e ajuda a induzir o sono, prescreve um indutor de sono e agenda um retorno breve para reavaliar a adaptação a medicação para dormir e conversar sobre a perda do filho. Neide concorda com a pactuação feita.

Neide não quis falar sobre a morte de Pedro por medo do julgamento que a médica faria sobre as circunstâncias da morte dele, não queria mais uma pessoa para julgar a ela e à seu filho. Chamavam Pedro de bandido e ela de mãe de bandido pelos becos da favela. Estava exausta dos vizinhos questionarem se ela tinha certeza de que Pedro não teria nenhum envolvimento com o tráfico, pois ele estava sempre de conversa com os meninos da boca e estava estampado nos jornais que ele tinha culpa. Questionavam ainda falhas no cuidado a seu filho que possam tê-lo exposto ao perigo, deveria ter proibido o filho de conversar com amizades erradas, cada hora era alguém para dar um pitaco diferente em sua vida.

Mariana optou por não insistir na abordagem direta do luto naquele momento, respeitando a vontade de Neide de falar sobre o assunto. O retorno breve, a melhora da qualidade do sono, irão ajudar na construção do vínculo e de uma relação de confiança para Neide se sentir confortável de se abrir e falar mais abertamente sobre o luto.

Finalmente esse dia caótico chegou ao fim. Mariana foi a última médica a terminar os atendimentos mais uma vez nessa semana... estava exausta, com dor de cabeça e sensação de estar carregando uma tonelada sobre os ombros. Ao chegar em casa só teve energia para se deitar no sofá e chorar... O cansaço mental lhe consumia nesse momento, era maior do que suas outras necessidades. Estava com fome, não comeu mais nada depois do lanche que fez na hora do almoço, mas lhe faltavam energias para preparar algo para comer. O caso de Neide não saía de seus pensamentos, como ela poderia ajudar aquela mulher? Quanto sofrimento, quanta injustiça gerada por uma política de segurança que só faz à população da favela sofrer e morrer. O choro de cansaço se transformava em um choro de raiva e impotência!... Como a medicina poderia dar conta de um sofrimento mental o qual à origem era social? Como ser o agente do

Estado responsável em prover cuidado se o próprio Estado foi o causador desse sofrimento? Como, como, como?... Mariana adormeceu no sofá.

No dia seguinte, no carro a caminho da clínica Mariana mandou mensagem para a psiquiatra e para a psicóloga do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) dizendo que precisava discutir um caso complexo com elas. Na verdade, ela precisava mesmo era desabafar! Ao chegar na clínica da família vai direto para a sala do NASF encontrá-las. Fala que não está bem, está tendo uma semana cansativa e o caso da Neide está lhe tirando dos eixos por não saber como conduzir. Conta a elas o caso, reforçando que a maioria dessas informações foram trazidas pela ACS de Neide, pois durante a consulta a paciente não estava confortável para se abrir sobre o assunto. As perguntas que estavam na cabeça de Mariana antes de dormir voltam à tona. Como a medicina poderia dar conta de um sofrimento mental o qual à origem era social? Como ser o agente do Estado responsável em prover cuidado se o próprio Estado foi o causador desse sofrimento? Um silêncio sepulcral tomou a sala, todas estavam reflexivas sobre a história de Neide. E juntas tentam pensar em um plano terapêutico para Neide.

Mariana irrompe o silêncio dizendo que tudo o que conseguiu fazer naquele momento foi tentar focar na demanda principal que era a melhora da qualidade do sono, mesmo sabendo que era algo ínfimo perto de todo o sofrimento de Neide. Mariana questiona se valeria a pena começar com o uso de antidepressivos, ao mesmo tempo se questiona se teria alguma indicação ou era uma maneira de dar vazão a sua necessidade de ofertar algo para apaziguar aquele sofrimento, mas seria mais um remédio para tratar o que? O assassinato de um filho pode ser tratado com um combo entorpecente de drogas prescritas? Era um caminho fácil, ia trazer algum grau de satisfação a ela própria e a Neide, mas de longe seria o melhor caminho em termos de cuidado em saúde mental.

Após longa discussão do caso, a psicóloga reforça a importância do acolhimento e a escuta ativa ao sofrimento de Neide. A importância de ele ter seu luto reconhecido e validado por todos os profissionais da equipe, sugerindo que o caso seja discutido na reunião de equipe. A psiquiatra orienta a não prescrever antidepressivos nesse primeiro momento, pondera que investir na melhora da qualidade do sono e na avaliação de rede de apoio seria mais eficaz nesse início do acompanhamento. Decidem agendar uma interconsulta com a psicóloga, que só tinha agenda para o próximo mês, alertando da possível necessidade de acompanhamento psicológico individual no futuro devido aos fatores de risco para luto crônico. Iriam pesquisar no território se havia algum aparelho social que pudesse somar na condução do caso de Neide.

As profissionais do NASF, em conjunto com os ACS's do território, descobriram que na comunidade existia um grupo de mães que perderam filhos assassinados, então pegaram o contato do grupo para repassar a Neide. O grupo funcionava como um coletivo no qual essas mães se acolhiam e se apoiavam, construíram também uma rede de luta por justiça para a morte de seus filhos. Muitas mães desse grupo transformaram seu luto em luta por justiça.

Mariana agendou Neide no seu turno de atendimento mais protegido para poder ter tempo e tranquilidade para essa consulta. Dias depois, Neide retornou a consulta dizendo a Mariana que pensou e repensou o que iria falar para ela. Neide passou a mão entre cabelos e repousou as mãos na fronte suspirou e disse aflita que havia tanta coisa em sua cabeça que parecia rodar como um pião, não sabia por onde começar... sentia como se tivesse passado um furacão em sua vida. E passou... completa, fazendo uma longa pausa reflexiva. Mariana escuta a fala e o silêncio de Neide, sob um olhar atento. Os gestos de Neide vão se aquietando até que um tímido sorriso é esboçado em seu rosto. O silêncio é interrompido pelo relato estar dormindo melhor fazendo as orientações de higiene do sono e com o remédio, que não era muito barato para quem estava desempregada. Mas, estava recebendo alguma ajuda financeira de seus familiares. Conseguir dormir bem a deixava menos irritada ao longo do dia, conseqüentemente brigava menos com o filho Caçula com quem andava sem muita paciência desde a morte de Pedro.

Sempre foi uma pessoa tranquila, não se irritava à toa, muito menos com pirraça de menino. Mas, desde que Pedro morreu estava ficando irritadiça. Queixa-se de que não está se reconhecendo, não era assim... O barraco que fez na última consulta por conta da demora do atendimento, foi algo que lhe fez sentir muito envergonhada. Esses rompantes de irritação estavam sendo frequentes, diz “Eu não sou assim, estou ficando assim porque mataram meu filho!”

Mariana ratifica com voz calma e firme que ela tem passado por momentos muito difíceis nos quais essas sensações e sentimentos, confusão na cabeça, cansaço, falta de sono, mudanças repentinas de humor são reações esperadas para um processo de luto. E sim, tudo isso estava relacionado ao assassinato de Pedro!

Segundo a professora Dra. Jeane Tavares, a expressão dos sentimentos presentes no enlutamento é interpretado pelos profissionais de formas diferentes que podem ter viés racista e causador de iatrogenia:

Tanto no silêncio quanto nos gritos não se encontram o tempo, a validação e o apoio social necessários para os sobreviventes viverem e chorarem a dor da separação. Um olhar menos atento, racista e/ou diagnosticador poderia naturalizar o silêncio ou associar as reações intensas de raiva como algo “intrínseco” à população negra (TAVARES, 2020).

Relata tudo o que viveu desde a morte do filho, verbaliza estar se sentindo sozinha, da revolta de ver seu filho sendo chamado de bandido, de fingir estar bem quando sai à rua, mas desabar em lágrimas ao chegar em casa, dificuldade de cuidar do Caçula, insegurança financeira, pois suas economias estão acabando... Pergunta por quanto tempo terá de tomar o remédio para dormir, se poderia fazer exames para diabetes, porque tem medo de ter diabetes emocional como sua mãe e se poderia ser encaminhada para psicóloga.

As inúmeras demandas de Neide angustiam Mariana por não conseguir ter resposta para todas, a pressão por resolutividade e a falta de apoio da rede de saúde para responder às demandas fazem ela se sentir impotente. Conseguiria agendar consultas frequentes em breve para oferecer escuta ativa e acolhedora a Neide. Agendou uma consulta com a psicóloga do NASF, que só tinha horário para o mês seguinte, até lá ofereceu a auriculoterapia realizada pela fisioterapeuta para ajudar na insônia e nos sintomas de raiva e ansiedade que estava apresentando. Garantindo boa qualidade de sono ajudaria a minimizar as falhas de memória das quais Neide se queixou, não resolveria mais seria menos um fator a influenciar na perda de memória queixa comum no enlutamento.

As consultas com a psicóloga do NASF vão apoiar Mariana na condução do caso. No entanto, não é função do NASF realizar psicoterapia individual como Neide possa vir a precisar. Os encaminhamentos para psicoterapia individual demoram muito a serem agendados, ainda mais em uma unidade da Zona Norte, onde a oferta de serviços à saúde mental é insuficiente para o tamanho da demanda. Sobre a insegurança financeira pouco poderia ajudar, além de lhe ofertar escuta ativa... No NASF não havia assistente social e orientou procurar atendimento no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para tentar resolver as questões financeiras.

Mariana pactuou com Neide delas fazerem consultas breves com regularidade para que em cada encontro fosse dedicado a uma demanda específica. Num desses encontros, repassou a Neide o contato do grupo de mães que perderam seus filhos para violência armada, explicou como o grupo funcionava e sugeriu que pudesse lhe fazer bem se aproximar dessas outras mães. Neide sabia da existência do grupo, mas nunca tinha pensado em participar por não saber como

funcionava. Acho interessante a possibilidade de se aproximar de mulheres com dores semelhantes as suas.

Neide logo passou a frequentar os encontros do grupo de mães. Relatava que trocar experiências com as outras mães a fortalecia e acalentava sua dor. Aquelas mães iam as ruas transformar seu luto em luta, mas Neide preferia ficar somente na sua luta interna para conseguir retomar sua vida. Ana, sua amiga, também começou a frequentar o grupo e se interessou pelo movimento dessas mulheres.

Com o apoio das mães, de sua família, da sua médica de família e comunidade, e dos outros profissionais de saúde da clínica da família Neide foi aprendendo a conviver com o seu luto. A dor e a saudades de Pedro estavam sempre presentes, mas a sua luta interna e externa para sobreviver e provar a inocência de seu filho nos tribunais a fazia seguir em frente, lutar por justiça e por sua vida era uma maneira de manter Pedro vivo. Nas semanas em que havia audiência precisava de atendimento médico por crises intensas de ansiedade e desabafava com sua ACS. Quando precisava recorria à clínica a procura de atendimento com Mariana, por vezes com a psicóloga. Com insistência conseguiu ser atendida no CRAS, e estava dando entrada em um programa de transferência de renda do governo que não sabia se conseguiria.

Neide e Mariana continuam esperando o encaminhamento da psicologia, e a morosidade dos processos no CRAS, os pedidos de desculpa de Neide pelas idas frequentes à clínica da família, a construção do entendimento que acesso à saúde é um direito e não um favor prestado pelo cuidado em saúde. A construção conjunta do entendimento que o assassinato de Pedro foi motivado pela estrutura racista de nosso país. Neide e Mariana seguiram vivendo e escrevendo nos encontros subsequentes mais linhas dessa história, mas vamos encerrar nossa escrivência por aqui... Sabendo que as Neides e as Marianas continuam escrever suas histórias, sobrevivendo, se mantendo vivas e lutando por suas vidas e dos seus.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFLEXÕES SOBRE A RACIALIZAÇÃO DO LUTO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada para a população usuária do SUS, por conseguinte é a principal responsável pelo atendimento da população negra, tendo em vista ser a parcela da população que mais usa o sistema público de saúde. A medicina de família e comunidade atuando na APS tem imenso poder para combater as iniquidades e de promover melhorias na SPN como evidenciado em estudos sobre a expansão da Estratégia de Saúde Família que reduziu índices das condições sensíveis a APS (ex.: doenças cardiovasculares, anemia e diabetes), mesmo à redução tendo sido desigual ao comparar grupos raciais (HONE *et al.*, 2017).

A medicina de família e comunidade preza por ter médicas e médicos “especialistas em gente”, especialistas também nas questões de saúde mais relevantes em seu território. Sendo assim, os MFC’s como Mariana que optaram por trabalhar em comunidades nas quais sofrem com as consequências da violência armada, têm por dever dedicar-se ao estudo de questões relacionadas com a violência armada, tal como o luto racializado.

Essa Escrivência sobre Neides e Marianas traz a reflexão sobre pontos centrais a serem considerados no processo de luto na população negra no contexto de violência a fim de promover o cuidado dessas mulheres oferecendo suporte adequado na vivência do luto. Podemos elencá-los:

- a) importância da não criminalização dos jovens mortos e dos sobreviventes dos homicídios;
- b) rede de apoio intrafamiliares e comunitária;
- c) importância da religião e religiosidade;
- d) importância da validação social do luto no âmbito individual e coletivo;
- e) construção do entendimento de que as mortes são decorrentes do racismo institucional.

A utilização das ferramentas da medicina de família e comunidade como o método clínico centrado na pessoa, a abordagem familiar e comunitária, competência e humildade cultural podem ser utilizadas no cuidado das Neides que temos em nossos territórios, com afirma Borret e colaboradores (2020, p. 12):

Ferramentas práticas utilizadas no cotidiano da MFC, como o método clínico centrado na pessoa, a escuta ativa, a atitude empática ou a validação do sofrimento podem (e devem) ser utilizadas visando a abordagem de saúde da população negra e o combate ao racismo interpessoal e institucional. O estímulo à cidadania, autonomia e autocuidado, cernes da prática da MFC, são muito potentes no combate ao racismo. É importante ressaltar que, conforme lembra McWhinney e Freeman (2010), o MFC é recurso de sua comunidade, logo, se considerarmos os dados percentuais da população negra no Brasil, conhecer a PNSIPN, os diferentes tipos de racismo e desenvolver letramento racial são mandatórios para a prática da MFC no país.

Nesse contexto, é importante ressaltar a fundamental importância do trabalho em equipe com o apoio do NASF e dos Agentes Comunitários de Saúde para mapear os equipamentos do território, no reconhecimento dos recursos comunitários existentes tais como grupos, coletivos, redes de apoio existentes, bem como na interlocução e no entendimento das peculiaridades do contexto vivido pelas Neides qualificando a integração do cuidador com a comunidade. Através da utilização dos recursos e competências da medicina de família e comunidade, a racialização do processo de luto, reconhecimento e a validação do luto das Neides é possível promover um cuidado mais equânime no enlutamento dessas mulheres negras e da população negra em geral.

Portanto, o estudo do manejo do luto racializado é um tema imperioso a ser mais difundido e estudado pelos MFC's e demais profissionais de saúde da APS, tendo em vista a grande atuação deles em territórios em que ocorrem os conflitos armados, o expressivo número de jovens mortos diariamente em nosso país e o relevante impacto causado na saúde dos sobreviventes dos homicídios, principalmente das mães desses jovens. Racializar o enlutamento possibilita uma oferta de cuidado integral e equânime para as muitas Neides existentes no Brasil, permitindo a percepção de nuances do luto da população negra que são invisibilizadas pelo racismo.

No entanto, segundo Jeane Tavares (2021) adverte que, enquanto não houver medidas efetivas de atuação contra a máquina necropolítica que ceifa vidas negras cotidianamente faremos apenas “redução de danos”. Para irmos além da “redução de danos”, necessitamos de profissionais de saúde, governantes e gestores comprometidos com a questão racial e letrados racialmente. Por isso, esse trabalho é uma gota que vem a compor o mar da luta pelo combate ao racismo estrutural, institucional e científico, reconhecendo que ainda há muito a ser estudado e construído para um dia vislumbrarmos uma APS equânime para à população negra, especialmente, para as mulheres negras.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. L. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.

ANDRADE, M. Polícia Civil do Rio conclui que tiro que matou Kathlen Romeu partiu de um PM. *Voz das comunidades*, 2021. Disponível em; <https://www.vozdascomunidades.com.br/destaques/policia-civil-do-rio-conclui-que-tiro-que-matou-kathlen-romeu-partiu-de-um-pm/>. Acesso em: 20 maio 2022.

ANISTIA INTERNACIONAL. *Você matou meu filho!*: homicídios cometidos pela polícia militar na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Anistia Internacional, 2015. Disponível em: <https://www.amnesty.org/download/Documents/AMR1920682015BRAZILIAN%20PORTUGUESE.PDF> Acesso em: 28 maio 2021.

ARAÚJO, F. A. *Do luto à luta: a experiência das mães de Acari*. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia e Antropologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

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

BENTO, M. A. S. *Pactos Narcísicos no Racismo: branquitude e poder nas organizações empresariais e no poder público*. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf) Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. 3. ed., Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BORRET, R.H., Silva MF, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS. “A sua consulta tem cor?” - Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020.

BRITO, M. D. *História de vida de mães que perderam os filhos assassinados: “uma dor que não cicatriza”*. 2017. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos e Cidadania) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

BROMBERG, M. H. P. F. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. 2 ed. São Paulo: Editora Psy, 1998.

CASELLATO, G. *Dor silenciosa ou dor silenciada?* Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade. Campinas: Livro Pleno, 2005.

CASELLATO, G. Luto pela perda de um filho: a recuperação possível diante do pior tipo de perda. In: FRANCO, M. H. P. (Org.), *Uma jornada sobre o luto: a morte e o luto sob diferentes olhares*. Campinas: Livro Pleno, 2002.

CAVALCANTI, M. Tiroteios, legibilidade e espaço urbano: notas etnográficas de uma favela carioca. *Dilemas - Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 2008.

CERQUEIRA, D. *et al.* Atlas da Violência 2020. Brasília: IPEA, 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 28 maio 2021.

CERQUEIRA, D. Atlas da Violência 2019. Brasília: IPEA, 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/19/atlas-da-violencia-2019>. Acesso em: 28 maio 2021.

CICV. Acesso mais seguro para serviços públicos essenciais. 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Kelly/Desktop/Documents/Downloads/2018\\_br\\_ams\\_relatorio\\_1\\_1.pdf](file:///C:/Users/Kelly/Desktop/Documents/Downloads/2018_br_ams_relatorio_1_1.pdf). Acesso em: 24 abr. 2021.

COLLINS, P. H. *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

COSTA, D. H.; NJAINE, K.; SCHENKER, M. Repercussões do homicídio em famílias das vítimas: uma revisão da literatura. *Ciênc. & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 9, p. 3087-309, 2017.

COSTA, R. Chacina na Penha deixa 25 mortos e 6 pessoas feridas; entidades criticam ações policiais nas favelas. *Voz das comunidades* [online], 2022. Disponível em: <https://www.vozdascomunidades.com.br/casos-de-policia/chacina-na-penha-deixa-25-mortos-e-7-pessoas-feridas-entidades-criticam-acoes-policiais-nas-favelas/>. Acesso em: 25 abr. 2022.

DAVIS, B. M. “Falando da perda: hoje estou mal, espero que você entenda”. In: WERNECK, J. M.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. (Orgs.). *O livro da saúde das mulheres negras*. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2006.

DESLANDES, S. F. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. GOMES, R.; MINAYO, M. C. (Orgs.). 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

DOMINGUES, D. F.; DESSEN, M. A. E.; QUEIROZ, E. Luto e enfrentamento em famílias vitimadas por homicídio. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 2, 2015.

DUARTE, C. L.; NUNES, I. R. (Orgs.). *Escrevivência: a escrita de nós: reflexões sobre a obra de Conceição Evaristo*. Rio de Janeiro: Mina Comunicação e Arte, 2020.

DW. *Destruição de memorial no Jacarezinho causa indignação*. 2022. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/destrui%C3%A7%C3%A3o-de-memorial-no-jacarezinho-causa-indigna%C3%A7%C3%A3o/a-61772782>. Acesso em: 10 abr. 2022.

EVARISTO, C. *Insubmissas lágrimas de mulheres*. 2. ed. Rio de Janeiro: Malê, 2016.

EVARISTO, Conceição. *A noite não adormece nos olhos das mulheres*. In: WERNECK, Jurema; MENDONÇA, Maisa; WHITE, Evelyn. *O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe*. Rio de Janeiro: Pallas/Crioula, 2006. p. 20-21.

FAZZIONI, N. H. Tiro que mata, tiro que “cura”, tiro que fere: notas etnográficas sobre violência armada e direito à saúde. *Revista Antropolítica*, Niterói, n. 47, p. 167-190, 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/antropolitica/article/view/42016>. Acesso em: 10 abr. 2021.

LAUZINA, A. L. P. *Corpo negro caído no chão: o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro*. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado em Direito) — Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

GELEDÉS. Instituto da Mulher Negra. *Guia de enfrentamento do racismo institucional*. 1 ed. [s.l.]: Ibraphel Gráfica, 2013.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. C. N. As abordagens qualitativas na Revista Ciência & Saúde Coletiva (1996-2020). *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 25, n. 12, p. 4703-4714, 2020. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/F5XjBvxf3863JvvXdsJDFfN/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

GONZALEZ, L. *Mulher Negra: um retrato*. *Jornal Lampião da esquina*, Rio de Janeiro, a. 1, n. 11, 1979.

GONZALEZ, L. *Racismo e sexismo na cultura brasileira*. In: SILVA, L. A. (Org.). *Movimentos sociais, urbanos, memórias étnicas e outros estudos*. Brasília: Anpocs (Ciência Sociais Hoje), 1984, p. 223-244.

GUALHANO, L.; FREIRE, N. P. *Revista Ciência & Saúde Coletiva: 25 anos divulgando ciência*. *SciELO em Perspectiva* [online], 2020. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2020/12/16/revista-ciencia-saude-coletiva-25-anos-divulgando-ciencia/#.YPb5POhKjIW>. Acesso em: 10 maio 2021.

GUIMARÃES, M. B. L. *et al.* Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: ARTMED, 2012.

- HONE, T. *et al.* Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*, [s.l.], v. 14, n. 5, 2017.
- LANG, A. B. S. G. A palavra do outro: uso e ética. *In: Comunicação apresentada no XX Encontro Anual da ANPOCS. História Oral e Memória*. Caxambu: ANPOCS, 1996.
- LANG, A. B. S. G. História Oral: Muitas Dúvidas, Poucas Certezas E Uma Proposta. *In: MEIHY, J. C. S. (Org.). (Re) Introduzindo História Oral no Brasil*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.
- LIMA, F. Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 70, 2018.
- LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. *In: BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. (Orgs.). Seminário saúde da população negra estado de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2004. p. 53-101.
- LUNA, L. *Cabô*. YouTube, 2017.
- MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1, 2018.
- MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 1993.
- NASCIMENTO, A. *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2016.
- ROCHA, L. D. O. *OUTRAGED MOTHERING: Black Women, Racial Violence, and the Power of Emotions in Rio de Janeiro's African Diaspora*; The University of Texas, Austin, 2014.
- RIBEIRO, F. M. L. *et al.* *Pesquisa Conflitos armados e saúde: investigando os sentidos e os impactos da violência entre moradores e trabalhadores da saúde e da educação em Manguinhos/Rio de Janeiro/RJ – estudo de caso*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves, 2020.
- RIBEIRO, T. E. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, 2005.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- SCHLIEMANN, A. L.; NACIF, M. R.; OLIVEIRA, M. C. Luto e saúde. *In: FRANCO, M. H. P. (Org.). Estudos avançados sobre o luto*. Campinas: Livro Pleno, 2002.

- SILVA, A. L. M.; LEITE, M. P. Violência, crime e polícia: o que os favelados dizem quando falam desses temas? *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 22, n. 3, p. 545-591, 2007.
- SILVA, M. M. *et al.* “No meio do fogo cruzado”: reflexões sobre os impactos da violência armada na Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, 2021.
- SILVA, M. S. A. Mulher negra profissional na área de saúde. In: WERNECK, J. M.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. (Orgs.). *O livro da saúde das mulheres negras*. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2006.
- SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro. *Ciência & saúde coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 5, 2016.
- SOUZA, L. G. *et al.* Mulheres negras e Necropolítica: como enfrentam a morte de seus filhos? *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, Salvador, v. 9, n. 3, 2020.
- TAVARES, J. S. C. Expressão do luto na população negra: entre o invisível e o patológico. In: SANTANA, J. S. (Org.). *Saúde das populações negras na América e África*. 1 ed. Salvador: EDUNEB, 2021.
- TAVARES, J. S. C. “Falando da perda: hoje estou mal, espero que você entenda”. *Le Monde Diplomatique* [online], 2020. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/falando-da-perda-hoje-estou-mal-espero-que-voce-entenda/>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- TREMPER, M.; ALVES, M. C.; CABRAL, K. V. Escrivências sobre cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: diálogos entre redução de danos e pensamento descolonial. In: ALVES, M. C.; ALVES, A. C. (Orgs.). *Epistemologias e metodologias negras, descoloniais e antirracistas*. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.
- VEJA. Wilson Witzel: ‘A polícia vai mirar na cabecinha e... fogo’. 2018. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/wilson-witzel-a-policia-vai-mirar-na-cabecinha-e-fogo/>. Acesso em: 24 abr. 2021.
- VERGNE, C. M. *A trama da besta: a construção cotidiana do genocídio do negro no Rio de Janeiro*. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – PUC Rio, Rio de Janeiro, 2014.
- WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 3, 2016.