



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MAÍISIS SANTOS DO ROSÁRIO

**MULHERES NEGRAS, SOFRIMENTO PSÍQUICO E ACESSO À
ATENÇÃO BÁSICA: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Salvador
2021

MAÍSI SANTS DO ROSÁRIO

**MULHERES NEGRAS, SOFRIMENTO PSÍQUICO E ACESSO À
ATENÇÃO BÁSICA: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Magali da Silva Almeida.

Salvador
2021

MAÍSI SANTS DO ROSÁRIO

MULHERES NEGRAS, SOFRIMENTO PSÍQUICO E ACESSO À ATENÇÃO BÁSICA: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharela em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Curso de Serviço Social, da Universidade Federal da Bahia.

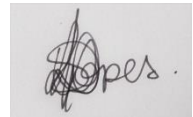
Salvador, 15 de junho de 2021

Banca examinadora



Magali da Silva Almeida _____
Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Universidade Federal da Bahia.

Valéria dos Santos Noronha _____
Valéria dos Santos Noronha
Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Universidade Federal da Bahia



Winnie Samani Lima Lopes _____
Doutora em Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação
Oswaldo Cruz.

À
Marli, minha mãe, por ser meu porto seguro e
sempre acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

São tantos, e tão especiais...

Aos meus pais, avó paterna, a minha segunda mãe Andréia, por me incentivarem nos estudos e por me apoiarem na realização deste sonho.

Aos amigos de infância, e aos que ganhei ao longo da graduação, por traçarem essa jornada comigo e me proporcionarem momentos e aprendizados inesquecíveis.

A Professora Angela Ernestina Cardoso de Brito, por ter enxergado meu potencial enquanto pesquisadora e me apresentado à escrita acadêmica como um instrumento de resistência.

A Professora Magali da Silva Almeida, minha querida e amada orientadora por todo carinho, suporte e acolhimento nesse momento tão importante de conquista para mim e minha família, e principalmente por ser minha fonte de inspiração na vida acadêmica e pessoal.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de iniciação científica na modalidade PIBIC, que me proporcionou acúmulo de conhecimento teórico e prático para a realização deste trabalho.

À Professora Valéria Noronha e a pesquisadora Winnie Samanú, por prontamente terem aceitado o convite para comporem a banca e contribuírem com o início da minha jornada acadêmica.

ROSÁRIO, Maísis Santos do. Mulheres negras, sofrimento psíquico e acesso à Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica. 2021. Orientadora: Magali da Silva Almeida. 64 f. il. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Este trabalho de TCC apresenta os resultados da pesquisa bibliográfica que tem como objeto compreender o racismo e sexismo institucionais como determinação do acesso das mulheres negras em sofrimento psíquico aos serviços de Atenção Básica à saúde. A questão/problema da pesquisa indaga se o racismo institucional dificulta o acesso das mulheres negras portadoras de transtorno mental na Atenção Básica. Como objetivo geral, buscou-se descrever as determinações do racismo estrutural no acesso das mulheres negras com sofrimento psíquico à Política de Atenção Básica do SUS. Como objetivos específicos, elencamos e discutimos os efeitos do racismo estrutural no acesso das mulheres negras com sofrimento psíquico na política de Atenção Básica em saúde no SUS, e verificar a existência da relação entre racismo e sofrimento psíquico das mulheres negras como objeto de análise na produção intelectual de autores/as do Serviço Social que abordam raça, gênero e classe como determinante do sofrimento psíquico no campo da saúde mental. O método de coleta e análise dos dados adotados foi a pesquisa bibliográfica. O resultado da investigação constata que apesar do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial terem preconizado o desenvolvimento de ações de Saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde, atendendo ao conceito de desinstitucionalização com o fim dos manicômios, o racismo enquanto estrutura hierárquica da sociedade interseccionado pelo sexismo e exploração de classe dificultam o acesso das mulheres com sofrimento psíquico aos serviços ofertados pela Política de Atenção Básica.

Palavras-chave: Mulher negra – Racismo; Saúde mental; Atenção básica

ROSÁRIO, Maísis Santos do. Mulheres negras, sofrimento psíquico e acesso à Atenção Básica: uma pesquisa bibliográfica. 2021. Advisor: Magali da Silva Almeida. 64 f. il. Course Conclusion Work (Graduation in Social Service) - Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

This work presents the results of a bibliographic research that aims to understand the institutional racism and sexism as a determination of the access of black women in psychological distress to Primary Health Care services. The research question/problem asks whether institutional racism hinders the access of black women with mental disorders to Primary Health Care. As a general objective, we sought to describe the determinations of structural racism in the access of black women with mental suffering to the Primary Care Policy of the SUS. As specific objectives, we listed and discussed the effects of structural racism in the access of black women with psychic suffering in the Basic Health Care Policy of the SUS, and verified the existence of the relationship between racism and psychic suffering of black women as an object of analysis in the intellectual production of authors of Social Work that address race, gender and class as determinants of psychic suffering in the field of mental health. The method of data collection and analysis adopted was bibliographic research. The result of the research shows that despite the Psychiatric Reform Movement and the Anti-Homicidal Struggle having recommended the development of mental health actions in Primary Health Care, attending to the concept of deinstitutionalization with the end of insane asylums, racism as a hierarchical structure of society intersected by sexism and class exploitation hinder the access of women with mental suffering to the services offered by the Primary Health Care Policy.

Keywords: Black Women - Racism. Mental Health. Primary Care.

Eu já fui operada várias vezes
Fiz várias operações
Sou toda operada
Operei o cérebro, principalmente

Eu pensei que ia acusar
Se eu tenho alguma coisa no cérebro
Não, acusou que eu tenho cérebro
Um aparelho que pensa bem pensado
Que pensa positivo
E que é ligado a outro que não pensa
Que não é capaz de pensar nada e nem trabalhar

Eles arrancaram o que está pensando
E o que está sem pensar
E foram examinar esse aparelho de pensar e não
pensar
Ligados um ao outro na minha cabeça, no meu
cérebro

Estudar fora da cabeça
Funcionar em cima da mesa
Eles estudando fora da minha cabeça
Eu já estou nesse ponto de estudo, de categoria

Stela do Patrocínio

(Confraria do vento, V.11).

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------------|------------------------------------------------------------------|
| AB | Atenção Básica |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AMNB | Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras |
| CAPs | Caixas de Aposentadorias e Pensões |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| HDs | Hospitais-Dia |
| IAPs | Institutos de Assistência Previdenciária |
| INPS | Instituto Nacional da Previdência |
| LATER | Laboratório de Tecnologias Sociais e Metodologias de Rede |
| MS | Ministério da Saúde |
| MLA | Movimento da Luta Antimanicomial |
| MTSM | Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental |
| NAPS | Núcleos de Atenção Psicossocial |
| ORI | Observatório de Racialidade e Interseccionalidade |
| SEPPIR | Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBSs | Unidades Básicas de Saúde |
| PIBIC | Programa Institucional de Bolsas Científica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNSM | Política Nacional de Saúde Mental |
| PNSIPN | Política Nacional de Saúde Integral da População Negra |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| TCC | Trabalho de Conclusão de Curso |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL | 14 |
| 2.1 | PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: BREVES APONTAMENTOS HISTÓRICOS | 14 |
| 2.2 | A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL: BREVES APONTAMENTOS HISTÓRICOS | 20 |
| 2.3 | ATENÇÃO BÁSICA E O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE EM SAÚDE | 25 |
| 3 | RACISMO ESTRUTURAL E DETERMINANTES DO PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AO PSF DE MULHERES NEGRAS COM TRANSTORNOS MENTAIS | 31 |
| 3.1 | A INVIBILIZAÇÃO DAS MULHERES NEGRAS COMO SUJEITAS HISTÓRICAS E A NEGAÇÃO DE DIREITO A SAÚDE | 31 |
| 3.2 | A LOUCURA TEM GÊNERO, COR E CLASSE: CADÊ AS MULHERES NEGRAS? | 40 |
| 3.2.1 | Sofrimento psíquico das mulheres negras. | 41 |
| 3.2.2 | Interseccionalidade e atenção básica à saúde: o acesso das mulheres negras com sofrimento psíquico | 49 |
| 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 58 |
| | REFERÊNCIAS | 61 |

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho possui a proposta de elencar e compreender os efeitos limitadores do racismo estrutural no acesso das mulheres negras com sofrimento psíquico nos serviços de Atenção Básica à saúde. Dessa forma, buscaremos contribuir para a qualificação dos (as) trabalhadores da saúde, inclusive aqueles que ainda estão em formação, na cidade de Salvador, constituindo uma das intenções deste trabalho.

Para Magali da Silva Almeida (2014), intelectual negra, referência no debate sobre gênero, raça e classe no Brasil e militante do Movimento Negro Unificado (MNU), pensar e refletir sobre a questão racial no Brasil traz inúmeros desafios, principalmente devido à recusa que diferentes setores têm em enfrentar e discutir essa questão, especialmente devido à criação do mito da democracia racial no Brasil. No que se refere à notificação e ao registro de informações relevantes sobre a população, a partir da perspectiva racial, são encontrados inúmeros obstáculos. Quando trata-se de mulheres negras, o quadro analítico se torna mais complexo, impondo a necessidade de uma leitura interseccional onde a questão racial encontra-se atravessada pelas opressões de gênero, pela sexualidade, pelo geracional, pelos territórios, e exploração de classe, entre outros lugares que atravessam a multiplicidade dos modos de vidas das mulheres negras.

Corroborando com esse diagnóstico, Jurema Werneck¹ (2016) observa que a saúde da mulher negra não tem sido uma área de conhecimento ou um campo relevante nas Ciências da Saúde, assim

É inexpressiva a produção de conhecimento científico nessa área e o tema não participa do currículo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação em saúde, com raríssimas exceções. Trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria de pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil (p. 535).

A lacuna existente na produção científica sobre o acesso aos serviços de saúde pelas mulheres negras a fim de contemplar suas necessidades integrais e contextualizadas com os determinantes e condicionantes de saúde pelos quais estão acometidas, também é apontada por Emanuelle Góes e Nascimento (2012).

¹ Jurema Pinto Werneck é uma feminista negra, médica, autora e doutora em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ativista do movimento de mulheres negras brasileiro e dos direitos humanos, assumiu a Direção Executiva da Anistia Internacional - Brasil, em fevereiro de 2017, cargo importante que ocupa atualmente. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/quem-e-jurema-werneck-a-medica-negra-que-representou-e-emocionou-na-cpi-da-covid/>. Acessado em 02 de junho de 2021.

Discutir a relação entre racismo e saúde mental na Atenção básica sobre a perspectiva interseccional coloca como imperativo a necessidade de reconhecer as mulheres negras em sofrimento psíquico enquanto sujeitos individuais e coletivos. Como apontam Araújo, Hogan e Caldwell (2016), a abordagem interseccional tem sido utilizada por pesquisadores das Ciências Sociais para elucidar a maneira em que os fatores sociais intervêm na condição de vida e na saúde das mulheres e para compreender como os sistemas de discriminação ou subordinação se aplicam e se relacionam um com o outro.

Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento do sofrimento psíquico² das mulheres negras no Brasil, encontra-se a naturalização da violência contra seus corpos e o projeto genocida em curso que visa permanentemente não apenas a morte física, mas, sobretudo, a morte simbólica condicionada pelo racismo estrutural. É notório que a negligência do poder público vivenciado pelas mulheres negras e a dificuldade no acesso dos serviços ofertados pelo Estado contribuem para o cenário de ineficácia no atendimento na rede de saúde pública no Brasil (GÓES; NASCIMENTO, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica definida como a principal porta de acesso ao SUS, tendo como um dos objetivos principais considerar o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural busca produzir a atenção integral à saúde, sendo este um princípio fundamental a ser considerado por este trabalho (BRASIL, 2013).

A questão problema da pesquisa indaga se o racismo estrutural dificulta o acesso à saúde das mulheres negras com sofrimento psíquico pela Atenção Básica, e possui como hipótese norteadora a afirmação de que, condicionados pelo racismo estrutural, as relações de gênero e de classe, os serviços de Atenção Básica à saúde não garantem equidade e integralidade no atendimento às mulheres negras em sofrimento/adoecimento psíquico. É notório que o racismo estrutural afeta mulheres e homens negros de forma distinta dos grupos não racializados. Adoecer, ter acesso aos equipamentos de saúde e ter garantido um cuidado integral à saúde está diretamente ligado à condição racial, social e de gênero.

Como objetivo geral, analisar as determinações do racismo estrutural no acesso das mulheres negras com sofrimento psíquico na Política de Atenção Básica do SUS. E, como objetivos específicos, pretendeu-se compreender os efeitos do racismo estrutural no acesso das mulheres negras com sofrimento psíquico na Política de Atenção Básica em saúde no SUS, e a relação entre racismo e sofrimento psíquico das mulheres negras na produção

² Pessoas em sofrimento psíquico é uma expressão que foi adotada pelo campo da saúde mental após o início do movimento pela Reforma Psiquiátrica, em substituição ao termo doente mental ou portador de transtorno mental, que supõe um sujeito doente (MELO, 2013).

intelectual de autores/as de Serviço Social que abordam raça, gênero e classe como determinante do sofrimento psíquico no campo da saúde mental.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é fruto da minha trajetória acadêmica vivenciada no decorrer do curso de Serviço Social, com destaque especial para as experiências de iniciação científica na condição de bolsista PIBIC/CNPq no Projeto de Extensão do Laboratório de Tecnologias Sociais e Metodologias de Redes (LATER), e no Núcleo de Pesquisa e Extensão Observatório de Racialidade e Interseccionalidade (ORI)³. Ambos os grupos foram fundamentais para a formação de um pensamento crítico antirracista e antissexista e me despertaram interesse sobre a temática abordada nesse TCC. Partindo da escassez de informações científicas sobre os efeitos do racismo, sexismo e da opressão de classe perpetrado contra a mulher negra e seus efeitos na sua saúde mental, bem como a naturalização dessa ausência na produção científica do Serviço Social, na Saúde Coletiva e Saúde Mental. Portanto, este trabalho justifica-se pela necessidade de aprofundamento deste tema, bem como pela importância da produção de dados científicos como indicadores da discriminação racial no acesso aos serviços de saúde pública na atenção básica, compondo alguns dos motivos pelos quais foi escolhida essa expressão da questão social como objeto deste TCC.

A escolha teórico-metodológica se ancora na historicidade do objeto, da minha implicação como pesquisadora com o tema e das sucessivas aproximações com a realidade. Inicialmente pretendia realizar pesquisa de campo tendo como universo 1 Unidade Básica de Saúde (UBS) em um bairro da cidade de Salvador, contudo devido às limitações impostas pela pandemia de Covid-19, privilegiou-se a adoção da metodologia de estudo bibliográfico que de acordo Lima e Mito (2007) tem sido utilizada de maneira recorrente no estudos de caráter exploratórios ou descritivos, em casos como o deste trabalho, onde o objeto de estudo proposto foi pouco abordado pela literatura, tornando difícil a formulação de hipóteses precisas e viáveis.

A sua indicação para esses estudos relaciona-se ao fato de a aproximação com o objeto ser dada a partir de fontes bibliográficas. Portanto, a pesquisa bibliográfica possibilita um amplo alcance de informações, além de permitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações, auxiliando também na construção, ou na melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto (Gil apud LIMA; MIOTO, 2007, p.40).

³ Os projetos de pesquisa a que me refiro são “Construção social e imaginário coletivo: a naturalização da ausência das mulheres negras no ensino superior na UFBA” e “Itinerários da produção de conhecimento em Serviço Social sobre políticas sociais e a população negra no Brasil”, realizados no LATER e no ORI, respectivamente.

Esta opção metodológica levou ao levantamento bibliográfico de produções que abordassem a Política de Atenção Básica e o atendimento de mulheres negras em sofrimento psíquico no serviço desse nível de atenção à saúde. Preliminarmente foi realizada pesquisa exploratória através do levantamento bibliográfico em diálogo com 4 campos de conhecimento, sendo eles: Saúde Coletiva - Jairnilson Silva Paim (2009), Silvana Carneiro Maciel (2012); Feminismo Negro: Edna Maria de Araújo (2016); Sueli Carneiro (2002; 2003); Lélia Gonzalez (1988), Beatriz Nascimento (2007), Magali da Silva Almeida (2014); Saúde Mental: Anastácia Mariana da Costa Melo (2013), Raquel Gouveia Passos (2020); Frantz Fanon (2008) e Telma Beiser de Melo Zara (2016), trabalho este que analisa a vida e obra de Stela do Patrocínio durante seu confinamento na Colônia Juliano Moreira (RJ); Saúde da População Negra: Dulce Maria Senna e Thais Fonseca Lima (2012), Jurema Werneck (2016); Simone Cruz e Laura López (2016); Emanuelle Góes e Nascimento (2012).

Para responder o problema suscitado pela pesquisa, foram priorizadas as produções que abordem a relação entre racismo e sofrimento psíquico na Atenção Básica com recorte de gênero em diálogo com outras produções bibliográficas no campo da saúde mental e da saúde da população negra. O objetivo era identificar artigos que tratassem da relação entre raça/racismo entre racismo e sofrimento psíquico das mulheres negras, como apontado anteriormente.

Para tanto, a estrutura do trabalho foi dividida em 3 capítulos. O primeiro capítulo é esta introdução. No segundo capítulo intitulado “Contextualização Histórica da Política de Atenção Básica e de Saúde Mental no Brasil” serão apresentadas as Políticas de Atenção Básica e de Saúde Mental no Brasil, contextualizando-as historicamente e situando as lutas travadas pelos movimentos sociais na implementação do Sistema Único de Saúde público e de acesso universal, integral, equânime e antimanicomial.

No terceiro capítulo intitulado “Racismo estrutural e determinantes do processo de saúde/doença: reflexões sobre o acesso ao PSF de mulheres negras em sofrimento psíquico” apresento o debate sob dois vieses, a saber: a) o racismo estrutural como determinante do processo de saúde/doença das mulheres negras em sofrimento psíquico, assim como é discutida a interseccionalidade dos conceitos de gênero, raça e classe, e ; b) contribuição do Movimento de Mulheres Negras brasileiro na luta pela saúde da população negra e das mulheres negras. Finalmente apresento a análise bibliográfica sobre o acesso das mulheres negras em sofrimento psíquico na Atenção Básica apontando as contribuições para o Serviço Social.

No momento de conclusão são apresentadas as considerações finais do trabalho.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO BÁSICA E DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Buscou-se aqui, recuperar o processo histórico que precedeu a implementação das Políticas de Atenção Básica e Saúde Mental no país, apontando o descaso do Estado com a saúde pública ao longo de anos, e a luta dos movimentos sociais no cenário brasileiro pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) incorporado aos princípios da Reforma Sanitária, e pela reformulação das práticas em saúde mental através da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial, culminando na desinstitucionalização dos manicômios e incorporação de práticas da Saúde mental nos serviços da Atenção Básica, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF).

2.1 PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO SUS E A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: BREVES APONTAMENTOS HISTÓRICOS

Pode-se afirmar que a trajetória das políticas de saúde no Brasil se encontra atrelada a um longo processo histórico de luta pela democratização da saúde, sendo palco em diversos momentos de grandes manifestações sociais, e atuando na defesa de uma saúde pública e igualitária capaz de atender às necessidades da população brasileira.

O autor Polignano (2001) aponta que para analisar a história das políticas de saúde no país se faz necessário a exposição de algumas premissas importantes, sendo elas:

1. a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los;
2. a lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional;
3. a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, como moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recurso direcionados ao setor saúde (p. 2).

A começar pelo período colonial e do Império onde é notória a inexistência de uma política de saúde propriamente dita. O Brasil que se encontrava à margem do capitalismo mundial, e respondia diretamente nas áreas da economia e política a metrópole Portugal,

tendo como atividade econômica⁴ os ciclos – do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração e do café (BERTOLOZZI; GRECO, 1996), não possuía nenhum modelo de atenção à saúde para a população e nem mesmo tinha o interesse, por parte do governo de colonizador em criá-lo. Neste cenário, a atenção à saúde era limitada ao uso de recursos naturais como as plantas e ervas, sendo comum que as pessoas tivessem que recorrer à sabedoria ancestral e desenvolverem habilidades de cura (POLIGNANO, 2001).

De acordo com Pôrto (2006) em meados do século XIX, com a criação de Leis que controlavam o tráfico de escravos do continente africano para o Brasil, observa-se uma maior preocupação por parte dos senhores de com a manutenção da mão de obra escravizada, tendo em vista a diminuição da sua oferta, mas não da sua demanda, provocando a valorização do preço das chamadas “peças”. Apesar da saúde dos escravos constituir condição importante para a fixação de seu valor de mercadoria, foram adotadas por parte dos proprietários soluções baratas e incipientes, a exemplo do fornecimento de moradia, alimentação, roupas ou remédios, que contribuíram para a proliferação de doenças entre eles. Estando entre as mais comuns às doenças oriundas dos maus tratos físicos ou da carga excedente de trabalho.

A autora revela que embora não muito identificada, a contribuição da Medicina Africana se fez presente nas práticas de saúde brasileira. Com destaque para a figura dos Barbeiros e sangradores habilidosos cirurgiões na arte de sangrar e aplicar sanguessugas auxiliando nos cuidados médicos da época.

O sangrador, de certa forma, ilustra a permeabilidade entre dois pólos de medicina – a acadêmica e a popular”. A prática médica no Brasil resulta de trocas e apropriações de experiências entre europeus, índios e africanos. Esse amálgama de saberes enriquece, desde os tempos da Colônia, o receituário de mezinhas domésticas que constitui prática bastante comum no Brasil no século XIX, tanto na zona rural como nas cidades (PÔRTO, 2006, p.1024).

A história dos cuidados com a saúde do povo brasileiro também é perpassada pelas ações de filantropia. Da natureza filantrópica da religião católica e ações de caridade. As pessoas em sua maioria recebiam atendimento das instituições e médicos filantropos, precisamente nas Santas Casas de Misericórdia que buscavam suprir a ineficiência do Estado em relação a saúde dos desassistidos. Simultaneamente, o Estado atuava com algumas ações de saúde perante as epidemias, como as campanhas de vacinação e as ações de saneamento básico. Desse modo, ao final do século XIX e início do XX com intervenções no saneamento

⁴ Promovendo o genocídio dos nativos indígenas e explorando como mão de obra a população negra traficada do continente africano em mais de 300 anos de regime escravista.

da cidade do Rio de Janeiro e a grande campanha de vacinação contra a varíola (CARVALHO, 2013).

Com a proclamação da República no ano de 1889, a situação política clama por mudanças que aspirem à modernização do país. No período de 1890-1900, a ausência de um modelo sanitário deixaram as cidades brasileiras vulneráveis e as epidemias assolaram⁵, médicos higienistas receberam incentivos e cargos para tentarem reverter este quadro, no entanto o que se teve foi à manutenção da política de desigualdade e uma situação caótica na área da saúde (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2010). Conforme Paim (2009),

[...] o sistema público de saúde nasce então por três vias a Saúde pública, medicina previdenciária e medicina do trabalho. Apesar de a reforma proposta por Carlos Chagas contemplar a chama higiene industrial, a saúde do trabalhador não mereceu destaque nos órgãos responsáveis pela saúde pública. Aquilo que atualmente conhecemos como saúde ocupacional, ou saúde do trabalhador, desenvolveu-se só a partir de 1930, com a criação do Ministério da saúde (p. 30).

Na ocasião, com o desenvolvimento da indústria no país, os trabalhadores mais articulados politicamente lutaram e conseguiram a organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), constituindo-se no embrião do Seguro Social, e correspondendo ao período de nascimento da Previdência brasileira. As CAPs regulamentadas através da Lei Elói Chaves concediam benefícios pecuniários, nas modalidades de aposentadorias e pensões, assim como na prestação de serviços que incluíam consultas médicas e fornecimento de medicamentos. “Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública que visava a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a Saúde Pública passou a ser tomada como questão social” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996 p. 383).

De 1930 a 1945 é instituído o Estado Novo e o Presidente Getúlio Vargas assume o poder, com o cenário mundial marcado pela crise do café. Esse período político é definido por uma atuação de caráter populista voltada ao apelo para a população urbana e empregada. Nas ações que dizem respeito à saúde ocorre à centralização da assistência de algumas doenças específicas a exemplo da lepra, tracoma e ancilostomose, sendo o perfil epidemiológico da época composto por doenças infecciosas e parasitárias. Nessa ocasião a saúde pública brasileira encontrava-se sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde e do Ministério do Trabalhador quanto à saúde ocupacional, estando às decisões referentes às

⁵ A escassez de informações e as truculências cometidas pelos chamados “guardas-sanitários” causaram revolta na população, dando origem ao movimento que ficou conhecido na história como a revolta da vacina (POLIGNANO, 2001).

ações de saúde na alçada dos políticos e burocratas (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2010).

Segundo Bertolozzi e Greco (1996) o sistema de proteção social para os trabalhadores assalariados no início da industrialização brasileira decorreu das necessidades de implantação da indústria, bem como das reivindicações da classe trabalhadora. Para esses autores houve uma enorme aceleração do ritmo de produção industrial e a expansão de investimentos que se seguiu a este período, fez com que o Estado respondesse às reivindicações da classe trabalhadora, estabelecendo o salário mínimo, que se limitava a cobrir os gastos necessários para a sobrevivência. Tudo isso, quando posto ao lado da intensa inflação da época, intensificou a piora das condições de vida da população, fenômeno que teve seu reflexo na alta demanda pelos serviços de saúde e assistência médica. Os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) que, inicialmente, não tinham como propósito o fornecimento desse tipo de cobertura, começaram a se diferenciar a nível estrutural, ofertando os serviços no âmbito da assistência médica.

No plano da política, afirmas esses estudiosos que a experiência de regimes autoritários marcaria por um longo tempo os países latino-americanos. Entre os anos de 1964 a 1985, o Brasil viveu sob o domínio de governos militares, que implementaram o modelo de Estado pautado na alta centralização do poder. Ainda em 1964, a primeira medida do Ministério do Trabalho foi à intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, com a suspensão da participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde. As consequências dessa medida reverberaram, em 1967, com a criação do Instituto Nacional da Previdência (INPS), que unificou todos os Institutos, concentrando os recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada (IDEM, 1996).

Paiva e Teixeira (2014) revelam que, referente ao sistema público de saúde, o país vivenciava a duplicidade de um sistema de saúde que se dividia entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor dirigia suas ações de intervenção à saúde individual dos trabalhadores formais, ou seja, aqueles que possuíam vínculo profissional comprovado na carteira de trabalho, voltavam-se ao atendimento prioritário das zonas urbanas, ficando a cargo dos já mencionados IAPs. A saúde pública por sua vez, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era conduzida de forma principal as zonas rurais e aos setores mais pobres da população, tendo como alvo prevalecte as atividades de natureza preventiva. É nessa conjuntura, que as políticas de saúde dos governos militares incentivaram o crescimento do setor privado. Com essa finalidade, ampliaram a compra dos serviços pela

previdência e concederam incentivos fiscais a empresas, para realizarem a contratação de companhias privadas ou de cooperativas operadas por médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários⁶ através dos convênios de empresas (Almeida apud PAIVA; TEIXERA, 2014). Os formuladores dessas políticas visavam ainda à privatização de parte dos serviços médicos ofertados pelo estado, até então considerados como inadequados por não gerarem lucro aos cofres públicos.

Justamente para fazer frente aos problemas de desassistência vivenciada por grande parte da população e atuar na democratização da saúde no Brasil, que se organiza ante a esse cenário o movimento social composto por diversos segmentos da sociedade estando entre eles estudantes, pesquisadores e profissionais da saúde, que propuseram a Reforma Sanitária e a implantação do SUS (PAIM, 2009). Inicialmente a expressão Reforma Sanitária, foi utilizada para referenciar o conjunto de ideias, que seus propositores, entre os quais se encontravam trabalhadores da saúde e os usuários (articulados através de movimentos sociais), tinham com relação a mudanças e transformações que acreditavam serem necessárias na área da saúde, entretanto, essas modificações deveriam abranger outras esferas da sociedade, visto que, identificaram fatores de ordem socioeconômica que implicam direta ou indiretamente no adoecimento da maioria da população dependente de um sistema de saúde público, há época incapaz de se atentar a essas questões, e conseqüentemente, impondo ao movimento sanitário brasileiro, a busca por melhoria nas condições de vida dessa população.

Esse movimento foi consolidado na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual

Pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, o que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Assembleia Nacional Constituinte em 1988 (SOUZA, 2014, p. 12).

Da mesma forma Bertolozzi e Grego (1996) vão destacar a importância da VIII Conferência para o debate coletivo dos rumos da saúde pública brasileira evocando a presença da sociedade civil e de suas organizações para interferirem na política de saúde pública do Estado brasileiro.

Os debates que se travaram no decorrer da VIII Conferência colocaram à tona as políticas de saúde como questões a serem discutidas pelo coletivo, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu um Programa para a Reforma Sanitária. Além disso, a VIII Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p. 392).

⁶ Atuando para a terceirização na prestação dos serviços de saúde aos trabalhadores.

A garantia do acesso universal à saúde como direito de todos e dever do Estado, previsto pelo texto Constitucional de 1988, é chamada de a Constituição “cidadã”, por ser responsável pela instituição de novos princípios que proporcionaram a integração de novos sujeitos ao âmbito das políticas públicas, representou avanço na construção de um novo modelo de saúde no Brasil.

Como o preconizado pelo Movimento da Reforma Sanitária e presente na formulação do SUS, as políticas de saúde deveriam, a partir de então, serem regidas pelos princípios da universalização, descentralização e participação popular, voltando-se ao atendimento das necessidades da população, e buscando resgatar o compromisso do Estado junto ao desenvolvimento do bem-estar social. O reconhecimento da saúde enquanto direito social fundamental, condiciona o Estado a prestar e formular de forma positiva, políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com efeito, é possível notar, a Constituição Federal de 1988, como um grande marco na história da proteção constitucional à saúde, uma vez que, antes de sua promulgação, os serviços e ações da saúde no âmbito público, eram destinados apenas ao atendimento de determinados grupos, como exposto anteriormente, que os acessavam através de contribuições, deixando de fora as pessoas que não possuíam condições financeiras para custearem seu tratamento de forma particular e aqueles que não conseguiam contribuir com a Previdência Social. Estes últimos, que compunham enorme parcela da população, só tinham acesso aos cuidados médicos mediante as ações de caridade e filantropia das Santas Casas de Misericórdia, sendo obrigados a contarem com a sorte da solidariedade.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é fruto da experiência acumulada pelo conjunto de atores sociais que estiveram historicamente presentes nesse processo de desenvolvimento e consolidação do SUS. Neste momento, as práticas de Atenção Primária a Saúde (ASP), passa a denominar-se de Atenção Básica, sendo executada como política de Estado. A atenção básica instituída como porta de entrada do SUS, compõe o primeiro nível de atenção de uma rede hierárquica e organizada em complexidade crescente (ALMEIDA et al., 2018).

A Portaria 648, de 28 de março de 2006, que aprovou a PNBA, definindo-a como

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006, p.2).

Representou um salto significativo na formulação de uma política pública de saúde até então, ao considerar o conceito de território enquanto princípio fundamental para a sua execução.

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012, p. 9).

Existem diversos programas governamentais relacionados à atenção básica. Este trabalho se dedicou ao estudo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que oferece serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por exemplo: consultas, exames clínicos e radiológicos, vacinas, e outros procedimentos disponibilizados aos usuários nas UBSs. Todavia a atenção básica envolve outras iniciativas, como as Equipes de Consultórios de Rua, que prestam atendimento as pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que buscam alternativas para melhorar as condições de saúde em suas comunidades.

Almeida et al (2018) enfatizam que a implementação da PNAB não depende unicamente do conteúdo preconizado em seu texto, mas sim da disputa de narrativa que ocorre entorno de interesses corporativos, políticos e econômicos que exerceram forte influência em todo o processo de discussão e reformulação da Política. Espera-se que esses interesses possam confluir em direção da efetivação de uma atenção básica a saúde de forma acessível e resolutiva, contribuindo para o fortalecimento do SUS em unidade. Ainda, que a concretização dessa expectativa, dependa essencialmente da participação e do protagonismo da sociedade na luta pelo direito a saúde no Brasil.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A LUTA ANTIMANICOMIAL: BREVES APONTAMENTOS HISTÓRICOS

O processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil encontra-se estreitamente articulado ao Movimento Sanitário que emergiu nos anos de 1970, sendo influenciado diretamente por suas ideias, propostas e princípios na luta pela saúde pública, em favor da mudança nos modelos de

atenção e gestão das práticas de saúde, e busca por equidade na oferta dos serviços, e no protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde em todo o processo.

Tendo se originado no âmbito da Reforma Sanitária e se afirmado como um movimento de caráter democrático e social, a Reforma Psiquiátrica brasileira intenta buscar melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico. O movimento da Reforma Sanitária e o da Reforma Psiquiátrica partem de princípios e diretrizes semelhantes e vislumbram a construção de formas mais humanas e acolhedoras de se pensar e promover a saúde, sugerindo uma ampliação na concepção do processo saúde doença, o que implica a elaboração de novos modos de atenção que contemplem essa perspectiva (SOUZA; RIVERA, 2010, p.122).

Apreendida como um movimento social, a Reforma Sanitária vincula-se ao conjunto de iniciativas que operam no campo do legislativo, judiciário, administrativo e cultural, visando à transformação da relação entre sociedade e a loucura. Na condição de prática social, esse movimento é construído na esfera da coletividade, perpassado por diferenças, conflitos e contradições. Na amplitude e variação de seu objetivo, reúne o movimento social Por uma Sociedade Sem Manicômios, a Associação de Usuários e Familiares, partidos políticos, igrejas e organizações não governamentais, entre outros (MACIEL, 2012).

Conforme Lchamann e Rodrigues (2007) dentre as diversas práticas de exclusão e controle operadas em nossa sociedade, destaca-se, em múltiplos aspectos, a realidade do “louco e loucura”. Transformada, pelos saberes médicos hegemônicos, em doença, alienação, desajuste, irracionalidade e perversão, a loucura carrega consigo um conjunto de práticas, concepções e saberes que, fundamentados na moralidade burguesa cristã ditada pela noção de bons costumes, pela ordem e pelo trabalho produtivo, desligando de forma explicitamente violenta, os diferentes laços de construção e pertencimento inerente aos seres humanos. Para estes autores o manicômio é traduzido pela mais completa dessa exclusão, controle e violência. “Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos sócio históricos da produção e reprodução da loucura” (LCHAMANN; RODRIGUES, 2007, p. 402).

Em 1978, ano que costuma ser identificado como o início concreto do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por integrantes do movimento sanitário, as associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas que com um longo histórico de internações, surge no ano de 1978, que costuma ser identificado como o início concreto do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no país. Através de várias frentes de luta, o MTSM protagonizou e construiu a

partir desse período a denúncia da violência praticada pelos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente a crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL/MS, 2005).

Em junho de 1987, ocorre na cidade do Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental, considerada a primeira movimentação da luta antimanicomial no país. Como relata Melo (2012) esta conferência representou um marco no processo da Reforma Psiquiátrica ao suscitar recomendações fundamentais, como: a orientação de que, a partir daquele momento os trabalhadores da saúde mental buscassem realizar em seu trabalho em conjunto com a sociedade civil, o redirecionamento da sua prática institucional, para alcançar a democratização desses espaços; formular e programar políticas nessa área, com a participação da população usuária, reconhecendo os espaços de mobilização popular. Nesse mesmo ano, é realizado em Bauru, Estado de São Paulo, o II Congresso Nacional do MTSM⁷, hoje conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), ocasião em que o movimento radicaliza a luta contra a violência dos manicômios ao adotar como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Estabelecendo o dia 18 de maio como o Dia Nacional de Luta Antimanicomial.

Com o avanço das reformas na psiquiatria no Brasil e no mundo, ocorrem significativas mudanças nos dispositivos de tratamento oferecidos aos usuários da saúde mental. Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no país, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e praticável (BRASIL, 2005).

⁷O Congresso marca o momento em que o Movimento, já organizado em vários estados, se articulou nacionalmente e delineou suas pautas através da Carta de Bauru, manifesto assinado por 350 trabalhadores de saúde mental que estavam presentes. Nasce nesse momento o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Disponível em <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/61>>. Acessado em 24 de maio de 2021.

Em 1989, a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, regulamentou os direitos dos doentes mentais em relação ao tratamento, indicando a necessidade de extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição pelos serviços extra-hospitalares. Desde então, teve início as principais transformações da Luta Antimanicomial no campo jurídico e político, gerando polêmica na mídia, na sociedade como um todo e em alguns familiares. Mesmo com alguns posicionamentos contrários, o feito mais importante deste ato, foi ter alçado os temas da loucura, da assistência psiquiátrica e dos hospitais psiquiátricos a mídia nacional (MACIEL, 2012).

Para esta autora o Projeto de Lei foi transformado na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, atualmente em vigor, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, como Hospitais-Dia (HDs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Lares Protegidos. Propondo a substituição gradativa dos leitos em hospitais especializados e dificultando a internação psiquiátrica involuntária, esta lei detonou um processo de discussão em todo o Brasil sobre as formas mais adequadas de atenção em saúde mental. Isso levou a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a abrir o financiamento de outras modalidades de assistência substitutivas à internação tradicional. E impulsionou mudanças na legislação e na concepção e adequação do tratamento aberto e comunitário, recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde. Mudou-se o modelo de atenção mental por serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Com isso, a própria comunidade e a família tornaram-se parte da rede social que se constitui em torno desses serviços, com ênfase na desinstitucionalização do doente mental. E, estimulados por essa legislação, vários estados brasileiros elaboraram e aprovaram projetos de lei com o mesmo propósito.

As autoras Silva e Rosa (2014), ressaltam que novo o modelo de Atenção em Saúde Mental, que busca a promoção na qualidade de vida das pessoas com transtorno mentais, e conseqüentemente, aos seus familiares, de maneira primordial, no que confere a desinstitucionalização psiquiátrica, também traz consigo alguns desafios e lacunas importantes, sendo uma delas a repercussão da desinstitucionalização no âmbito familiar.

A política de saúde mental, no contexto atual das demais políticas sociais, passa por processos de transformações resultantes, principalmente, do movimento de Reforma Psiquiátrica e do processo de desinstitucionalização, o qual busca incluir a família como principal parceira dos serviços, fortalecendo-a e apoiando-a frente ao seu papel de proteção e cuidados, bem como fortalecendo a convivência comunitária destes sujeitos. Assim, cabe à família uma grande responsabilização no que concerne ao cuidado da pessoa com transtorno mental, família esta, que, por si só, já carrega o peso do preconceito, estigma e culpabilização da sociedade em ter um ente

com transtorno mental, dentre outras mazelas que acometem estes sujeitos. Além disso, está sobrecarregada pela crise socioeconômica e pelas intensas alterações sociodemográficas em seu interior, refletidas na sua dinâmica societária (p. 258).

Aos familiares das pessoas com transtorno mental, são direcionadas novas exigências e um maior comprometimento no provimento do cuidado doméstico e “comunitário”, sem que o Estado lhes ofereça suporte necessário para tanto, contrariando os próprios princípios da Reforma Psiquiátrica, que se fundamenta no apoio e fortalecimento das famílias, pelo Estado, neste novo papel assumido por esta instituição, na forma de investimentos em educação, saúde, ampliação do protagonismo/controlado social, ações de combate ao estigma comunitário, ausência que enseja o risco de desresponsabilização estatal na assistência e garantia de proteção. Esses aspectos estariam intimamente influenciados pelas transformações advindas dos pressupostos neoliberais que têm se firmado no recuo da atuação do Estado na intervenção social, contribuindo significativamente para o aumento das desigualdades e o acirramento da pobreza, cenário que reflete diretamente nas famílias (IDEM, 2014).

Alverga e Dimenstein (2006) acreditam que a luta pela Reforma Psiquiátrica ancorada na perspectiva da reinserção social, ao buscar pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem realizar nenhuma crítica radical aos fundamentos de um processo social, que desenvolve-se na rejeição de tudo aquilo que não seja identificado com o processo de racionalização da vida cotidiana. Tornando-se notório, que a perspectiva limitadora do que seria a proposta de desinstitucionalização da lógica manicomial ao sustentar saberes e práticas cronificadoras e de subjugação de uns pelos outros.

[...] consideramos que o principal desafio para a reforma psiquiátrica não reside apenas na sua falta de velocidade para implementação, mas na sua direção. Os primeiros passos para essa trajetória implicam um imprescindível abandono do lugar de especialista ocupado por vários dos atores sociais envolvidos com a reforma. Este percurso requer atenção especial para aquelas pequenas amarras que conduzem as nossas próprias vidas, que nos fazem reproduzir valores, preconceitos, para não dizer “paixões tristes”, culpabilização, infantilização, todas em nome da razão. Este movimento requer rupturas, uma radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e as articulações de manutenção de séculos de dominação. Mas, não guardamos em nosso íntimo a veleidade de que essa tarefa seja fácil e que este trabalho represente uma tentativa bem-sucedida disso, uma vez que somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação, ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio (p. 314).

Cabe evidenciar que o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil também vem sofrendo com ataques no decorrer de seu processo de implementação, por conta de toda a conjuntura de desmobilização dos movimentos sociais, assim como o movimento geral da luta

dos trabalhadores, este movimento vem apresentando ao longo dos últimos anos um recuo que demonstra fragilidade na articulação política e de mobilização social em torno da bandeira de luta pela saúde pública. No momento de grande precariedade, falta de investimento e desgaste das políticas sociais, a rearticulação da luta política e social em torno das mesmas são ações mais do que necessárias para que se possa viabilizar o direito a saúde, habitação, educação, assistência entre outros direitos que são apontados pela Constituição Federal de 1988, considerada como um marco histórico e legal no que diz respeito aos direitos humanos e a garantia dos mesmos pelo Estado.

Termino este tópico afirmando que, a luta pela inclusão do portador de sofrimento mental na sociedade deve significar a tentativa de construção de outra sociedade, que se baseie em novos valores e em novas relações sociais. Sobretudo, a Luta Antimanicomial deve pôr em prática os valores do antirracismo e antissexismo na superação da sociedade capitalista.

2.3 ATENÇÃO BÁSICA E O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE MENTAL: DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE EM SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fundamenta-se nos princípios do SUS, expressos na Constituição Federal de 1988, sendo estes: direito a saúde; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação. Ao compor um nível de atenção complexo, necessita de uma atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária nos territórios, bem como da capacidade de fornecer resolutividade as questões ora demandadas. Constituindo-se como elemento fundamental na transformação e adoção de outras práticas de saúde, sendo sua organização crucial no avanço em direção de um sistema de saúde que pretende fornecer qualidade de vida as pessoas (SOUZA; RIVERA, 2014).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) representa a principal modalidade de atuação da atenção básica. A construção da ESF nos últimos anos representa um marco de aperfeiçoamento na política do SUS. Respondendo ao princípio de integralidade da atenção à saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado na década de 1990, tem investido na promoção de saúde da população e na prevenção de doenças, obtendo importantes resultados no desenvolvimento da saúde coletiva. Organizado em equipes de Atenção Básica (AB), a cobertura do Programa tem alcançado o país inteiro. O campo de intervenção das Equipes de

Atenção Básica dispõe em sua composição os usuários dos serviços de saúde, familiares e suas relações construídas com a comunidade e o meio ambiente (BRASIL, 2005).

A relação de proximidade entre as equipes de Atenção Básica com as famílias e comunidades constitui um recurso estratégico no enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os danos relacionados ao uso abusivo do álcool e outras drogas lícitas e ilícitas, e outras diversas formas de sofrimento psíquico. De modo que, “A realidade destas equipes de Atenção Básica vem demonstrando que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental” (BRASIL, 2005, p. 33).

Para Tanaka e Ribeiro (2009) a Atenção Básica possui potencial para implementar dois principais tipos de ações de saúde mental. O primeiro consistindo em detectar as comunicações dos usuários (as) relativas ao sofrimento psíquico e prover escuta qualificada a este tipo de problemática; o segundo em compreender as diversas maneiras de lidar com os problemas identificados, disponibilizando tratamento na própria Atenção Básica ou na encaminhamento dos usuários (as) para os serviços especializados.

As intervenções em saúde mental devem promover em suas ações novas possibilidades de modificação e qualificação nas condições de vida das pessoas, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo ao modelo biomédico que percebe o conceito de saúde apenas na ótica de ausência de doença. Para tanto, se faz necessário que se olhe o sujeito em suas múltiplas dimensões, levando em consideração os seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental constrói-se no cotidiano dos encontros entre os profissionais e usuários (as), devem criar novas ferramentas e estratégias para compartilharem e construir em conjunto os cuidados em saúde.

O comportamento de desabafar e o ato de escutar o desabafo apresentam-se como ações comuns no cotidiano de muitas pessoas, independentemente de estas exercerem algum trabalho profissional relacionado à área da saúde (BRASIL, 2013). Por ser considerada uma prática do senso comum e não como uma técnica específica e científica do profissional de saúde, a disposição para escutar atentamente o desabafo dos usuários (as) no atendimento, pode ser identificado como algo menor quando comparado a outras condutas técnicas. Ainda assim, essa desvalorização do espaço qualificado para a escuta não deve invalidar e diminuir sua importância e potência, especialmente no trabalho na Atenção Básica. A escuta como ferramenta deve ser utilizada pelo profissional de saúde para que o (a) paciente possa contar e ouvir o seu relato de sofrimento por outra perspectiva, por intermédio de um interlocutor que lhe apresente disponibilidade e atenção para ouvir o que ele (a) tem a dizer.

Partindo dessa aposta, entende-se e espera-se que o (a) usuário encontrará no profissional de Saúde uma pessoa que se interessa por sua vida e está disposto a lhe fornecer ajuda.

Por vezes o usuário não se dá conta da relação de seus conflitos e seus sofrimentos com aquilo que ele fala, pensa ou faz. Ter o profissional de saúde da Atenção Básica como um interlocutor pode ser uma via para lidar com esses sofrimentos cotidianos, muitas vezes responsáveis por somatizações ou complicações clínicas. O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de Saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. Outras vezes, caberá ao profissional de saúde, a partir daquilo que ouviu ou percebeu, devolver ao paciente algumas ofertas para lidar com situações que aumentam o sofrimento. A segurança para realizar estas orientações virá do vínculo produzido com o usuário ao longo do tempo. Cabe destacar que isso é possível justamente porque o profissional de Saúde se dispôs e soube se colocar como este interlocutor (BRASIL, 2013, p. 24).

Em todo caso, para que as ações de Saúde Mental sejam desenvolvidas na Atenção Básica, torna-se indispensável o movimento de qualificação dessas equipes, a potencialização da rede e a qualificação do cuidado. Levando em consideração que a maior qualificação demanda a reformulação nas estratégias e formação, sugerindo que as equipes de apoio matricial componham o dispositivo para que seja adotada uma formação contínua em serviço, através das discussões de textos, casos e situações, contribuindo assim para a ampliação da clínica (SOUZA; RIVERA, 2010).

Silva e Dimenstein (2014) apontam o Apoio Matricial como uma ferramenta estratégica da Política de Saúde Mental, que assim como o PSF é utilizada para assegurar o princípio da integralidade nas ações em saúde. Ele se organiza a partir da oferta de saberes e fazeres técnicos especializados as equipes de Atenção Básica, com o objetivo de que possam incluir as demandas de saúde mental em suas ações.

Cotidianamente estas equipes se deparam com diversas formas de sofrimento psíquico, porém, avaliando-se incapacitadas para acolhê-las, apresentam dificuldades para incluí-las em seus escopos de intervenção. Dentro do que reza a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), O matriciamento se sobressai como ferramenta capaz de intervir nas recusas de acolhimento às demandas de saúde mental na Atenção Básica (p.1).

Grande parte dos profissionais de Saúde tem orientado seu foco de trabalho na perspectiva de saúde enquanto ausência de doença. Entre estas, e outras razões, muitas das expectativas que se tem acerca de como lidar com os casos de saúde mental consistem em

acabar, ou amenizar, os sintomas que os (as) usuários expõem. Faz-se aqui uma crítica, portanto, à medicalização do sofrimento psíquico. No âmbito da Saúde Mental, muitas vezes não é possível à correspondência a esta tradição e expectativa. Os profissionais devem se perguntar se os sintomas manifestados pelos usuários (as) são as causas principais de seus problemas ou se tais sintomas não indicam que algo não está bem com esta pessoa. Alguns dos receios revelados pelos profissionais de Saúde sobre o gerenciamento das demandas de saúde mental são justificados pela expectativa de cura. Os profissionais alegam não saberem o que falar ou o que perguntar, tendo medo de agravar o quadro dos pacientes de saúde mental, ou entendem que este campo de conhecimento não lhes é acessível (BRASIL, 2013).

O cuidado a esses pacientes acaba sendo reduzida a lógica do encaminhamento, e ao modelo biomédico, centralizando o cuidado a figura do médico. O papel do apoio matricial objetiva superar esta lógica reducionista, almejando que o cuidado possa ocorrer de uma forma resolutiva, e de responsabilidade do profissional da atenção básica, pois, diante das referências e contra referências, ocorre uma certa “terceirização” do cuidado, onde após o encaminhamento para serviço especializado, o profissional não sente que é mais responsável pelo paciente. Assim, o cuidado ao paciente em sofrimento mental não necessita de inúmeros recursos tecnológicos/sofisticadas ou mudanças nos processos de trabalhos, pois, o foco do cuidado está na postura do profissional, independente da sua formação, e da organização da rede de atenção psicossocial como espaço de transição para que o paciente receba o cuidado que necessitar (JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2019, p. 114).

Através do suporte matricial seria possível, entre outras ações, o rompimento com a lógica do encaminhamento, que muitas vezes encontra-se vinculada à lógica da desresponsabilização. Haveria também a possibilidade de contribuir para a melhor resolutividade das situações a nível local. Logo, as equipes de saúde mental no apoio a Atenção Básica devem incorporar em suas atividades, as ações de supervisão, de atendimento em conjunto e de atendimento específico, bem como participarem das iniciativas de qualificação dos profissionais (SOUZA; RIVERA, 2010).

Tanaka e Ribeiro (2009) relatam que as dificuldades encontradas na organização dos sistemas locais ou loco-regionais de saúde para acolhimento/captação dos usuários portadores de transtornos mentais são potencializadas pela “sensação” de incapacidade técnica de intervenção dos profissionais de saúde, principalmente o médico com formação clínica não especializada, que constitui a maioria dos profissionais médicos incorporados na atenção básica. Tal “incapacidade técnica” possui raiz na estigmatização das pessoas negras com sofrimento psíquico, como aborda a autora Raquel Gouveia Passos (2020) em seu trabalho, o qual será analisado de forma aprofundada no próximo capítulo. Assim, a proposta do

Ministério da Saúde de implantação de apoio matricial para as equipes do PSF parece caminhar no sentido de subsidiar a ampliação da clínica e possibilitar a inclusão concreta e efetiva de ações de saúde mental na Atenção Básica, abarcando, portanto, os elementos produtores de saúde e doença da população negra, como o racismo, as opressões de gênero e o capitalismo. Cabe realçar que este apoio deverá ser ofertado a toda rede de AB, pois o PSF cobre apenas uma parcela da população no país.

A efetiva abordagem dos problemas de saúde mental pela equipe da atenção básica, incluído aí uma escuta qualificada e intervenções pertinentes neste nível de atenção, é um marcador potente que aponta a incorporação na prática cotidiana do conceito ampliado do processo saúde-doença. Dessa maneira, será possível potencializar a capacidade das equipes para sair da atuação tipo “queixa-conduta” e gerar competência para articular recursos comunitários e intersetoriais. O conhecimento do contexto sociocultural e dos recursos da comunidade e da família são condições necessárias para o enfrentamento de questões que extrapolam os problemas da ordem do biológico, como os transtornos mentais e aqueles derivados das situações de violência (TANAKA; RIBEIRO, p.485).

É necessário que se tenha cuidado para que as intervenções em saúde, não se transforme em protocolos de ações rígidas, sob a consequência de que estas ações estejam ancoradas na melhora dos sintomas, descontextualizadas da vida do (a) usuário (a) e do território em que ele (a) vive. É preciso que o (a) usuário (a) possa se questionar sobre a relação do seu sofrimento com a manifestação sintomática que está acontecendo. “Ainda que necessárias para alguns casos, nem sempre intervenções que se orientem diretamente à dos sintomas estarão aliadas a uma intervenção positiva na vida do usuário” (BRASIL, 2013, p. 26).

Segundo Souza e Rivera (2010) a inclusão das ações de saúde mental no campo da Atenção Básica, por si própria, não será suficiente para reverter às práticas no campo da atenção em saúde mental, uma vez que, as ações não devem restringir-se de forma exclusiva ao setor da saúde. A atenção em saúde mental reivindica a interlocução de políticas intersetoriais, atuando na ampliação de possibilidade e oportunidades, auxiliando o desenvolvimento local e redimensionando a noção de direito e cidadania. Remetendo à necessidade explicitada de construção de redes, entre serviços. Torna-se fundamental a integração de atores, de serviços e de redes sociais. No entanto, é preciso auxiliar sua construção e solidificação. É necessário pensar a Reforma Psiquiátrica como política pública de saúde, tendo em vista que, não resolve o fechamento dos hospitais e manicômios, sem que se garanta como moradia, trabalho etc. Essas pessoas demandam atenção no sentido mais ampliado do termo. Portanto, torna-se urgente trabalhar para a efetivação e implantação da

rede de cuidados, pois sem sua consolidação não é possível atuar na perspectiva da transformação dos modos de atenção em saúde mental.

Pois como apontam Menegat, Duarte e Ferreira (2020) a depressão enquanto doença mental debilita o físico e a mente da pessoa, no entanto, numa sociedade onde a violência aos corpos negros se mostra uma constante, atrelado ao fator de estresse potencializado pelas marcas sociais da pobreza, esse quadro pode ser ainda mais agravado, o que contribui para a produção do sofrimento psíquico e desenvolvimento de transtornos mentais gerados pelo sofrimento social.

Como fenômeno socialmente produzido, a loucura apresenta características próprias da civilização ou sociedade em cujo caldo fermentou. Muito embora a doença mental e seus sintomas tenha sido descrita na Antiguidade, é unicamente com a emergência da sociedade capitalista que ela se dissemina e se estrutura como epidemia entre as massas empobrecidas. A elevada frequência de distúrbios mentais, especialmente entre as massas urbanizadas, é, portanto, um fenômeno que emergiu na modernidade e se estruturou de modo crônico e permanente na sociedade capitalista (p. 103).

Para os autores, num contexto em que as políticas públicas se mostram excludentes de forma proposital à população negra, são significativas as consequências a sua situação econômica e a sua saúde mental.

As novas tecnologias de controle social fabricadas pelo racismo brasileiro exacerbado pelo neoconservadorismo de fundo moral, higienista, medicalizante, punitivista e fascista, vêm se mostrando em sua forma mais radical de exclusão e morte (p.113).

Aqui cabe destacar os frequentes e sucessivos ataques realizados nos últimos 3 anos pelo atual Governo Federal liderado pelo Presidente Jair Bolsonaro, a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que tem culminado no desmonte da rede de atenção psicossocial e no avanço de coalizões de diversos atores sociais, entre os quais se encontram as comunidades terapêuticas administradas pelas igrejas neopentecostais, que são favoráveis ao retorno da lógica manicomial, e disputam o orçamento público e as narrativas ideológicas sobre a saúde mental. Configurando uma grande ameaça à consolidação da PNSM e aos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica, como visto anteriormente.

3 RACISMO ESTRUTURAL E DETERMINANTES DO PROCESSO DE SAÚDE/DOENÇA: REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AO PSF DE MULHERES NEGRAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

O racismo se reafirma no dia a dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pela discriminação de raça, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (BRASIL, 2013, p. 16).

3.1 A INVIBILIZAÇÃO DAS MULHERES NEGRAS COMO SUJEITAS HISTÓRICAS E A NEGAÇÃO DO DIREITO A SAÚDE

Antes de adentrar a discussão sobre as mulheres negras e a negação do direito à saúde, torna-se necessário recuperar o processo histórico e a conceituação das categorias raça e racismo.

Segundo Munanga (2003), tal como a grande maioria dos conceitos, o de raça possui campo significativo e uma dimensão temporal e especial. De modo que, o conceito de raça deve ser compreendido enquanto categoria histórica e dinâmica.

A princípio utilizada nos estudos das ciências naturais, para classificar as diversas espécies de animais e vegetais existentes, o conceito de raça no século XVIII, era restrito à compreensão biológica. Com o advento do Iluminismo, corrente filosófica que contestaria o acúmulo de conhecimento praticado à época pela Igreja católica e pela Monarquia, na tentativa de compreender a história da humanidade passa a buscar uma explicação baseada em critérios de racionalidade e linearidade. Logo, abriram-se mão do conceito de raça preexistente nas ciências naturais, para classificar os considerados “outros” que integravam a humanidade como raças diferentes, tendo como critério de classificação a cor da pele. “No século XIX, acrescentou-se ao critério da cor outros parâmetros morfológicos como a forma do nariz, dos lábios, do queixo, do formato do crânio, o ângulo facial, etc. para aperfeiçoar a classificação (MUNANGA, 2003, p. 4).

Contudo, de acordo com o autor, é possível afirmar que o conceito de raça como conhecido atualmente, não possui nenhum aspecto biológico.

É um conceito carregado de ideologia, pois como todas as ideologias, ele esconde uma coisa não proclamada: a relação de poder e de dominação. A raça, sempre apresentada como categoria biológica, isto é natural, é de fato uma categoria etno-semântica. De outro modo, o campo semântico do conceito de raça é determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam. Os conceitos de negro, branco e mestiço não significam a mesma coisa nos Estados Unidos, no Brasil, na África do Sul, na Inglaterra, etc. Por isso que o conteúdo dessas palavras é etno-semântico, político-ideológico e não biológico (p.6).

Seria também por razões de ordem lógicas e ideológicas, que a abordagem do racismo é geralmente realizada a partir na noção de raça, se incorporada às diversas variedades que compõe as relações existentes entre essas duas noções.

Com efeito, com base nas relações entre “raça” e “racismo”, o racismo seria teoricamente uma ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que têm características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas suportes das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas e se situam numa escala de valores desiguais. Visto deste ponto de vista, o racismo é uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural (p.8).

O autor complementa ainda evidenciando que a mentalidade racista constrói estereótipos, limitadores simbólicos e materiais para perpetuar o processo de dominação e exclusão das pessoas negras.

O racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, linguísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferiores ao grupo a qual ele pertence. De outro modo, o racismo é essa tendência que consiste em considerar que as características intelectuais e morais de um dado grupo, são consequências diretas de suas características físicas ou biológicas (p.8).

Almeida (2018) traz outros elementos para pensar o conceito de raça em sua diversidade. Conforme o autor existem três concepções que atravessam a estrutura da sociedade brasileira, e compõem as expressões de racismo no país, sendo elas: individualista, institucional e estrutural.

Segundo a concepção individualista, o racismo é construído enquanto patologia que transpassa a esfera da sociedade, estando diretamente interligada a prática de preconceito. Desta forma, o racismo será atribuído apenas ao indivíduo que o cometeu em ato isolado ou até mesmo em grupo, ainda assim, sem a devida reflexão de que tal atitude é acompanhada pela reprodução de violência.

Na concepção institucional, afirma-se que o racismo enquanto prática não se resume a comportamentos individuais, mas é tratado como o resultado do funcionamento normal das instituições, que passam a atuarem numa dinâmica que confere, ainda que indiretamente, desvantagens e privilégios que se baseiam a partir da raça.

O conceito de racismo institucional foi um enorme avanço no que se refere ao estudo das relações raciais. Primeiro, ao demonstrar que o racismo transcende o âmbito da ação individual, e segundo, ao frisar a dimensão do poder como elemento constitutivo das relações raciais, mas não somente o poder de um indivíduo de uma raça sobre outro, mas de um grupo sobre outro, algo possível quando há o controle direto ou indireto de determinados grupos sobre aparato institucional (p. 36).

O racismo enquanto fundamento da sociedade encontra-se presente em todos os aspectos sociais, estabelecendo desigualdades que perpassam pela estrutura da sociedade brasileira, constituindo-se nas áreas políticas, jurídicas, econômicas, familiares e que se manifesta nas relações sociais.

Comportamentos individuais e processos institucionais são derivados de uma sociedade cujo racismo é a regra e não exceção. O racismo é parte de um processo social que “ocorre pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado pela tradição”. Nesse caso, além das medidas que coíbam o racismo individual e institucionalmente, torna-se imperativo refletir sobre mudanças profundas nas relações sociais, políticas e econômicas (p. 39).

De acordo com Lélia Gonzalez⁸ (1988) as sociedades latino-americanas ao herdarem historicamente as ideologias de classificação social (racial e sexual), bem como o aparato jurídico e administrativo das metrópoles ibéricas, não poderiam deixar de se constituírem enquanto hierárquicas:

O racismo latino-americano é suficientemente sofisticado para manter negros e indígenas na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças a sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento, tão bem analisada por cientistas brasileiros. Transmitida pelos meios de comunicação de massa e pelos sistemas ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de que as classificações e os valores da cultura ocidental branca são os únicos verdadeiros e universais. Uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca comprova a sua eficácia e os efeitos de desintegração violenta, de fragmentação da identidade étnica por ele produzidos, o desejo de embranquecer (de “limpar o sangue” como se diz no Brasil), é internalizado com a conseqüente negação da própria raça e da própria cultura (p.15).

⁸ Lélia Gonzalez foi uma grande ativista e intelectual negra, que denunciou o racismo e o sexismo como formas de violência que subalternizam e hierarquizam as mulheres negras. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?p=53181#:~:text=L%C3%A9lia%20Gonzalez%20foi%20uma%20ativista,que%20subalternizam%20as%20mulheres%20negras>. Acessado em 02 de junho de 2021.

Para a autora é de extrema importância ressaltar que no quadro das enormes desigualdades raciais existentes no continente americano, se insere, de maneira intrínseca, a desigualdade de gênero. Portanto, trata-se de uma discriminação multiplicada no que toca a condição das mulheres não-brancas da região, sendo elas as amefricanas e as ameríndias. “O duplo caráter da sua condição biológica – racial e sexual – faz com que elas sejam as mulheres mais oprimidas e exploradas de uma região de capitalismo patriarcal-racista dependente” (GONZALEZ, 1988, p.17). Precisamente porque o sistema capitalista transforma as diferenças físicas e biológicas em desigualdades sociais, como visto anteriormente, a discriminação a qual estão submetidas às mulheres assume um caráter triplo.

Como aponta Beatriz Nascimento⁹ (2007) nesta sociedade construída hierarquicamente a mulher negra será o sujeito histórico no qual a estrutura de dominação se fixa. Na condição de negra e mulher, está se vê ocupando os espaços e exercendo os papéis sociais de subordinação que lhes foram atribuídos desde o período colonial. De modo que, a herança deixada pelo regime escravocrata, tem sua continuidade no que se refere à mulher negra.

Sua função enquanto trabalhadora, não obteve significativas mudanças. As estratégias de sustento e sobrevivência na sociedade patriarcal como a brasileira, contribuem para que ela seja recrutada e assuma empregos no âmbito doméstico, na indústria de transformação, ainda que de forma menor, nas áreas de concentrações urbanas, permanecendo como trabalhadoras nas zonas rurais. Entretanto, seria possível acrescentar, que estas estratégias de sobrevivência citadas ou os resquícios do regime escravista, são adicionadas aos mecanismos atuais que operam na manutenção de privilégios por parte dos grupos dominantes (IDEM, 2007).

Mecanismos que são essencialmente ideológicos e que ao se debruçarem sobre as condições objetivas da sociedade têm efeitos discriminatórios. Se a mulher negra hoje permanece ocupando empregos similares aos que ocupava na sociedade colonial, é tanto devido ao fato de ser uma mulher de raça ne-gra, como por terem sido escravos seus antepassados (p. 104).

Sueli Carneiro¹⁰ (2002) relata que no caso brasileiro, o discurso sobre a identidade nacional possui uma dimensão escondida das questões de gênero e raça. A teoria de

⁹ Maria Beatriz Nascimento contemporânea a Lélia Gonzalez, foi uma multitalentosa historiadora, professora, roteirista, poeta e ativista pelos direitos humanos de negros e mulheres brasileira. Disponível em: https://www.geledes.org.br/tag/beatriz-nascimento/?gclid=CjwKCAjwoZWHBhBgEiwAiMN66bSnWYNINSt3beDFbbna4NG0T6nb58XbVPfZq_EhDZXfHgMFFSBG0hoCThAQAvD_BwE. Acessado em 02 de junho de 2021.

¹⁰ Sueli Carneiro é uma filósofa, escritora e ativista antirracismo do movimento social negro brasileiro. É também a fundadora e atual diretora do Geledés — Instituto da Mulher Negra e considerada uma das principais autoras do feminismo negro no Brasil. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/tag/sueli->

superioridade racial obtém na subordinação feminina o seu elemento fundamental. A significativa parcela da população mestiça, originada pela relação de subordinação das mulheres negras escravizadas e indígenas com os seus senhores, transformou-se em um dos pilares que estrutura e da base ao “mito da democracia racial”. Ao longo do século XX, perdurou no imaginário social a visão que limitava a mulher negra a ser reservada ao sexo, ao prazer, e às relações extraconjugais. “Para as mulheres negras consideradas como destituídas de atrativos reserva-se a condição de “burro de carga”, como se entrevê no ditado popular: “Preta pra trabalhar, branca pra casar e mulata pra fornicar” (CARNEIRO, 2002, p. 172). Seria esta a definição de gênero e raça, determinada pela tradição cultural, patriarcal e colonial para as mulheres na sociedade brasileira, além de estigmatizar¹¹ as mulheres num modo geral, agindo para hierarquizá-las através do ponto de vista do ideário patriarcal do que viria a ser uma mulher, introduzindo contradições internas no grupo feminino.

Segundo a autora, essa herança colonial e a persistência desses paradigmas no período do pós-abolição tiveram impacto negativo na construção de uma perspectiva unificadora de luta das mulheres pela sua emancipação social, o que contribuiu para transformar posteriormente o movimento feminista em um intenso campo de disputa. Em sintonia com outros movimentos sociais de viés progressista na sociedade brasileira, o feminismo, por um longo tempo, esteve refém da visão eurocêntrica e universalizante das mulheres.

A consequência disso foi a incapacidade de reconhecer as diferenças e desigualdades presentes no universo feminino, a despeito da identidade biológica. Dessa forma, as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão além do sexismo, continuaram no silêncio e na invisibilidade. As denúncias sobre essa dimensão da problemática da mulher na sociedade brasileira, que é o silêncio sobre outras formas de opressão que não somente o sexismo, vêm exigindo a reelaboração do discurso e práticas políticas do feminismo. E o elemento determinante nessa alteração de perspectiva é o emergente movimento de mulheres negras sobre o ideário e a prática política feminista no Brasil (p.118).

Em meados da década de 80, no século passado, a mulher negra no Brasil, passou a se organizar politicamente em prol da especificidade de sua condição enquanto mulher e negra, através do combate ao estereótipos que a estigmatizam; por uma inserção real na sociedade; pelo questionamento das desigualdades existentes entre as mulheres brancas e não-brancas

carneiro/?gclid=CjwKCAjwoZWHBhBgEiwAiMN66QujTTOiGjOTS7Hich7_nGtA6SOaWgnPUNoFZy1liU9JMUtyBV011xoCoqQQAuD_BwE. Acessado em 02 de junho de 2021.

¹¹ Entendendo o estigma enquanto marca ou sinal que designa o seu portador enquanto pessoa desqualificada ou menos valorizada socialmente. Como define Erving Goffman “a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena” (GOFFMAN, 2004, p.4).

nesta sociedade; contra a noção de cidadania relegada à categoria de inferioridade por carregar consigo a tríplice discriminação de gênero, raça e classe. Conseqüentemente, a determinação de ser uma mulher negra na sociedade brasileira, é traduzida pela composição de uma tríplice militância no enfrentamento dos processos de exclusão que decorrem da sua condição social (CANEIRO, 2003).

Isto é, por força das contradições que o ser mulher negra encerra, recai sobre ela a responsabilidade de carregar politicamente bandeiras históricas e consensuais do movimento negro e do movimento de mulheres e somar-se ainda aos demais movimentos sociais voltados para a construção de outro tipo de sociedade, baseada nos valores da igualdade, solidariedade, respeito à diversidade e justiça social (p. 181).

A estrutura que sustenta as relações de poder constituídas à população branca e, principalmente, masculina, possui por origem e formação histórica e material a consolidação do sistema capitalista no país, em que a divisão racial do trabalho determinou a exploração dos corpos ameríndios e diaspóricos de África, assim como anulou a dimensão subjetiva de homens e mulheres negras, estando estas últimas na base piramidal de exposição às opressões interseccionalizadas (GONZALEZ, 1988; ALMEIDA, 2014). A situação da mulher negra ainda hoje perpassa por diversas invisibilizações e negação de direitos ocasionados pela persistente estrutura racista, capitalista e patriarcal, como é suscitado pelas autoras. O Movimento Negro e as militantes negras nele inseridas muito contribuíram para a desmistificação do mito da democracia racial disseminado, o que significou grande avanço do debate e luta por direitos, se destacando a luta pela saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

O racismo e o patriarcado se relacionam com o capitalismo de forma a acirrar a exploração do trabalho e a pobreza a fim de manter a ordem de acúmulo de riqueza entre as classes mais abastadas e dominantes no Brasil, as quais são compostas somente por famílias brancas, heteronormativas, patriarcais e conservadoras, que muito se beneficiaram do trabalho escravo dos povos negros sequestrados de África

[...] o tráfico de africanos, no século XV, é concebido, neste trabalho, como um rentável investimento comercial que envolveu elites lusitanas, africanas e brasileiras. Essa economia garantiu o enriquecimento de uma aristocracia que acumulou grandes fortunas, alicerçada em terras e escravos, retirando benefícios do trabalho escravizado (ALMEIDA, 2014, p.142).

As relações sociais e de poder assim conformadas se traduzem no cotidiano da classe trabalhadora até os tempos atuais e influenciam diretamente no acesso ao direito à saúde,

resultando não somente na geração de adoecimento e morte para a população negra, como também dificulta o acesso à saúde e cuidado desta, atestando o caráter genocida do Estado Brasileiro e do sistema racista, capitalista e patriarcal, como reitera a autora

[...] de maneira límpida, a memória da escravidão está viva nas mazelas experimentadas pela população negra até os dias de hoje. As refrações da questão social que incidem sobre esta população têm suas raízes na escravidão e foram reconfiguradas no trabalho livre (p.142)

O cenário, portanto, coloca, desde os primórdios da formação do país, a necessidade de organização e luta por direitos para homens e mulheres negros. No período da Ditadura Militar (1964-1985), o movimento negro e os movimentos populares alçaram à esfera pública a visibilidade da questão racial ao denunciar as desigualdades sociais e a negação dos direitos humanos e cidadãos da população negra no Brasil (CRUZ; LÓPEZ, 2016).

Este movimento era orientado pela denúncia e a desconstrução da ideologia da “democracia racial”, ideologia que sustenta que todos os grupos raciais teriam um acesso igualitário a recursos e direitos, e assim (re)produz mecanismos de racismo ao invisibilizá-los. (p.151).

O movimento negro foi conformado por militantes de diversas correntes políticas, partidárias ou não, e possui internamente uma divisão por gênero, pela qual homens definiram o que era político e o que não era, posicionando as mulheres negras como não políticas por compreenderem tal concepção para além de eleições e partidos e disputa institucional, mas também a luta por direitos sociais negados historicamente à população negra, como a saúde. Ao constatarem a dupla opressão, racismo e sexismo, “nos anos 1980 houve uma dissidência por parte das mulheres negras desse movimento [...] que optaram por se organizar de maneira independente, buscando maior visibilidade enquanto sujeitos políticos”. (p. 152). A partir de então, foram fundadas diversas ONGs lideradas por mulheres negras com a proposta de pressionar os governos por políticas públicas para a população negra, reivindicando, principalmente, o direito à saúde integral e equânime.

Diante da exploração e sobrecarga impostas às mulheres negras quanto ao cuidado familiar, comunitário e ao trabalho precarizado em espaços domésticos das famílias brancas abastada, as pautas iniciais do movimento feminista negro, evidencia o protagonismo dessas mulheres na luta pela saúde pública (Werneck; Lopes, apud CRUZ; LÓPEZ, 2016, p. 153). Também era denunciado por esses movimentos negligência do Estado quanto ao cuidado das

mulheres negras em sua singularidade e complexidade impostas pelas condições históricas, sociais, econômicas, políticas e simbólicas já comentadas neste capítulo:

[...] o movimento de mulheres negras tinha o direito à saúde como uma de suas prioridades de luta”. As autoras referem que esta demanda impulsiona “as discussões sobre o direito à vida, os direitos sexuais e reprodutivos, considerando que o racismo e o sexismo imprimem marcas diferenciadas no exercício desses direitos (IDEM, p. 153).

As autoras destacam a essência política do acesso ao direito à saúde compreendido pelo movimento de mulheres negras e citam Angela Davis (2003) quando remetem à estratégias de sobrevivência material e simbólica denominadas pela autora de “estratégias criativas de atuação”. Ou seja, para elas as mulheres negras dariam “força política em questões vivenciadas em seus cotidianos e em seus próprios corpos”.

Destacando que as reivindicações por saúde ainda se encontravam apenas na esfera física e biológica, não considerando ainda os aspectos subjetivos que constroem a saúde integral das mulheres negras e que são atravessados pela estrutura racista, capitalista e sexista na geração do adoecimento psíquico.

Enquanto o movimento negro misto — com um perfil de liderança masculina — é calcado na crítica à ideologia da democracia racial e questiona a desigualdade racial na sociedade brasileira; a crítica do movimento de mulheres negras é feita no “corpo” ao atribuir a “mestiçagem” à violência sexual do homem branco colonizador sobre as mulheres africanas e indígenas. Nesse sentido, as discussões em torno da saúde, sobre o direito à vida, os direitos sexuais e reprodutivos¹² se fazem centrais para o movimento de mulheres negras, confrontando mecanismos de biopoder que interferem na produção da saúde. (López apud CRUZ; LÓPEZ, 2016, p.154).

Porém apesar da saúde psíquica ainda não compor as narrativas das suas reivindicações, já havia sido formulado pelo movimento feminista negro e de mulheres negras a teoria de que a violência racista e sexista por parte do homem branco, sujeito histórico de produção da opressão contra homens negros e mulheres negras no Brasil, impacta de forma deletéria na capacidade de produção de saúde dessa população.

A conquista pelo direito à saúde obteve importante contribuição de militantes negras vinculadas a movimentos populares, partidos e sindicatos na luta pela saúde e no processo de implementação do Sistema Único de Saúde. Dessa forma, estabelece-se então a contradição histórica de um país que foi construído pela força de trabalho dos povos negros escravizados, assim como teve determinante atuação do movimento negro, ressaltando-se as mulheres

¹² apud Werneck e Lopes (2008)

negras, para a criação de força política e social para a efetivação do direito à saúde na constituição ao tempo que o avanço da perspectiva do antirracismo institucional no acesso da população negra à saúde pública de forma equânime ainda se encontra inconsistente.

As ações afirmativas passam a constar nas agendas internacionais e nacionais. Nesse cenário, é a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), no início do governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, em 2003. Novos pactos de combate ao racismo são estabelecidos, configurados no desenho de políticas de promoção da igualdade racial, incluindo, entre outras, a área da saúde (p. 154).

A conquista da promoção da igualdade racial no direito à saúde, ou seja, o combate ao racismo institucional no Sistema Único de Saúde ocorreu pelo cenário político e social favorável a tais políticas, assim como teve seu avanço condicionado pela atuação e liderança de intelectuais e profissionais negros, como reiteram as supracitadas autoras. Aqui é importante ressaltar a participação da doutora Maria Inês Barbosa, intelectual negra, militante do movimento negro, paulista e assistente social, no desenvolvimento das ações e conquistas da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), posicionando o Serviço Social também no combate ao racismo na saúde através da implementação de políticas públicas.

Destaca-se também a relevante contribuição do movimento feminista negro na construção de organizações que incidiram, tanto na criação de políticas públicas em nível nacional, como na garantia de que a pauta racial teria espaço na conformação destas. Tais organizações, que compunham a Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB), pautavam, principalmente, políticas públicas para a saúde da população negra e periférica, ressaltando as vulnerabilidades produzidas pela interseccionalidade de raça e gênero no intuito de considerar e abranger a complexidade dos determinantes sociais em saúde na garantia da equidade.

Por meio dessas articulações que, o movimento de mulheres negras consegue incidir nas políticas públicas, a fim de garantir, em diversos espaços de decisão e de controle social, assentos, por exemplo, no Conselho Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, no Conselho Nacional de Saúde, no Conselho Nacional de Direitos da Mulher (p.154).

Ainda que esse movimento tenha conquistado tantos direitos essenciais, permanece a dupla invisibilização da mulher negra e da pauta de saúde, tanto fora quanto dentro do movimento negro, o qual é hegemonicamente liderado pelos homens negros, “foi possível observar, porém, que esse protagonismo das mulheres nas ações e demandas em saúde em

alguns momentos é invisibilizado, questão relacionada com as relações de gênero no interior do movimento” (p. 156).

Na esfera da saúde pública, pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, denominada Painel de Indicadores do SUS, volume 7, número 10, do ano de 2014 sobre a saúde das mulheres negras demonstra as desigualdades no acesso à saúde de qualidade e acompanhamento, entre mulheres negras e brancas, a partir da taxa de mortalidade materna, considerada um dos marcadores mundiais de respeito aos direitos humanos das populações

No período considerado, houve redução do número de óbitos por todas as causas diretas, entre as mulheres de cor ou raça branca, com exceção dos óbitos obstétricos indiretos. Entre as mulheres negras, o registro de redução envolveu apenas os óbitos por hemorragia. Considerando a hipertensão e infecção puerperal, observa-se um acréscimo em torno de 6,5% dos óbitos entre 2000 e 2012. Já em relação ao aborto e DCV (doença cardiovascular), os dados apontam um acréscimo de aproximadamente 30% e 50%, respectivamente, de mortes de mulheres negras por estas duas causas maternas no período em foco (BRASIL, 2016, p.42).

Enquanto na população de mulheres brancas o percentual de óbitos maternos reduziu, na população de mulheres negras houve acréscimo no percentual, chegando a representar até 50% a mais de mortes entre mulheres negras. Tal cenário adquire contornos perversos ao ser constatado pela mesma pesquisa que “cerca de 90% dos óbitos poderiam ser evitados, muitos deles por ações dos serviços de saúde” (idem, p. 41).

Portanto, se em aspectos somáticos já há negligência dos serviços do Sistema Único de Saúde no cuidado e amparo às mulheres negras e usuárias do SUS, destaca-se o pior cenário para o acolhimento e acompanhamento das mulheres negras no serviço quando estão em sofrimento psíquico, em que demandam um olhar integral por parte dos profissionais de saúde.

3.2 LOUCURA, RAÇA, GÊNERO E CLASSE

Como apontado na introdução deste trabalho, considerando as limitações impostas pela Pandemia de Covid-19, optou-se enquanto caminho metodológico pela realização de pesquisa bibliográfica com objetivo de responder a questão/problema que indaga, se o racismo estrutural dificulta o acesso à saúde das mulheres negras com sofrimento psíquico pela Atenção Básica.

Em levantamento realizado na Revista Em Pauta (UERJ)¹³, a partir da palavra-chave: saúde mental, foram encontrados 5 artigos, sendo que desse total apenas 1 faz o debate interseccional entre gênero, raça e classe, e sem abordar a Política Nacional de Atenção Básica. Ainda que incipiente este resultado contribua para identificar a lacuna existente na produção do Serviço Social, no que diz respeito, à condição das mulheres negras com sofrimento psíquico no Brasil e o desenvolvimento das ações de Saúde Mental no nível da Atenção Básica.

O artigo identificado é intitulado “Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial” escrito por Raquel Gouveia Passos (2020), que será analisado a seguir no tópico 3.2.1 em diálogo com outras obras, que nos ajudam a elucidar os pontos principais apontados pela autora.

3.2.1 Sofrimento psíquico das mulheres negras

A partir do trabalho de Passos (2020) no texto selecionado como uma das principais referências para o debate sobre o objeto do presente estudo, destaco elementos relevantes para a compreensão das principais origens do sofrimento psíquico das mulheres negras no Brasil, assim como intersecciono os marcadores das opressões estruturais que agem como pilar do cuidado, ou descuidado, oferecido pelos órgãos estatais às mulheres negras nessa condição de vulnerabilidade, repercutindo em uma atualização do cuidado colonial, conceito que será desenvolvido mais à seguir. Dialogarei também com a literatura clássica “Peles Negras, Máscaras Brancas” (2008), do teórico intelectual negro Frantz Fanon, quanto aos aspectos do cuidado manicomial endereçado às pessoas negras, demonstrando na história a sua real função de eliminação e controle dos corpos e comportamentos negros. Transitará entre esse diálogo a vivência poética e subversiva de Stela do Patrocínio, a qual materializa e sistematiza seu sofrimento psíquico, racial, de gênero e classe no espaço-tempo em que viveu.

Passos (2020, p. 117) reconhece que a formação estrutural brasileira está calcada no racismo estruturante das relações sociais e, portanto, reflete e reforça a reprodução de opressões pelas políticas públicas e sua expressão na vida cotidiana das pessoas negras e brancas – visto que a racialização da sociedade também implica a população branca no

¹³ A revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea é um veículo de divulgação científica da Faculdade de Serviço Social da UERJ e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social”. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta>. Acessado em: 06 de maio de 2021.

usufruto de privilégios, inclusive do acesso ao direito à saúde, pois estão postas as desigualdades na promoção do cuidado pelo Estado.

Ao alegar proteger indivíduos vulneráveis, o Estado se compromete à oferecer estrutura, formação e inclusão da pauta racial nas ações e serviços do Sistema Único de Saúde, como reivindica o movimento de mulheres negras desde os anos 1970 Cruz & López, (2016) na seção anterior. Contudo o que a autora denuncia é a promoção de mais violações expressas em punições e “extermínio dos corpos e comportamentos negros”.

A esse processo de reatualização do *modus operandi* dos tempos do Brasil colônia escravocrata na dispensação de cuidado à população vulnerável, a autora denomina “cuidado colonial”, mecanismo este que atravessa muros e estabelece os códigos de sociabilidade social.

O que estamos chamando de cuidado colonial? Partimos da compreensão de que o cuidado é uma necessidade ontológica do ser social. O ser social se constituiu a partir do processo de transformação da natureza e das relações sociais, que têm como resultado novas necessidades para a existência humana. A “satisfação” das necessidades do ser social aparece como produção da vida, tanto da própria, como da alheia, através da conexão materialista entre os indivíduos (p.118).

Ou seja, para o capitalismo continuar atingindo seu patamar ótimo de lucro das elites, como explicou Almeida (2014) anteriormente, é necessário que o trabalho não pago de reprodução e continuidade da existência humana seja pactuado, ou imposto, entre os indivíduos de uma sociedade. Portanto, para suprir a demanda do cuidado ontológico, sujeitos, ou melhor dizendo, sujeitas serão responsabilizadas por tais tarefas.

[...] na divisão social e sexual do trabalho, no modo de produção capitalista, ficou a cargo das mulheres a atribuição e a responsabilidade de realizar e executar o trabalho do cuidado. A distribuição das tarefas é determinada a partir do gênero e se aprofunda com a raça e a classe, promovendo a naturalização de supostas habilidades como parte componente de determinado sexo biológico definindo, inclusive, com relação a comportamentos (p. 118).

Quando a autora analisa a questão da mulher negra nas relações sociais constituídas no Brasil, ela corrobora com o que as intelectuais negras Beatriz Nascimento, Lélia Gonzalez, Sueli Carneiro e Magali da Silva Almeida afirmam, quanto aos elementos de violência estruturada pelo racismo e sexismo históricos na formação social, econômica, política e simbólica deste país. As mulheres negras vivem hoje ainda os reflexos de tais violências que vitimaram suas ancestrais, só que de forma velada, e ainda sob o mito da democracia racial tão combatido pelo movimento negro. A experiência das dores que acometem as mulheres negras mais do que as mulheres brancas geram inúmeros adoecimentos e apagamentos dessa sujeita nas relações sociais, inclusive as que pressupõem acesso ao direito à saúde.

Podemos observar que desde o regime escravista ocorre o sequestro das crianças de mulheres negras, os estupros, a prostituição, a reprodução involuntária para manutenção da força de trabalho escravizada, a maternagem imposta (criação das crianças brancas); tudo isso marca a composição da formação social brasileira e, ainda hoje, se faz presente nas relações sociais (p.119).

No acesso ao direito à saúde, destina-se às pessoas negras, e ainda mais às mulheres negras, o cuidado colonial, carregado de simbolismos e materialidades do racismo enraizado nas relações sociais. Passos (2020) caracteriza esse cuidado em três categorias: a primeira é “a zona do não ser”; a segunda, como um “corpo matável e exterminável”; e a terceira, como um “objeto estereotipado”. Recordando que na distribuição, autoritária, de funções sociais de cuidado ontológico, de suprimento das necessidades humanas para satisfação e geração da capacidade de produção da vida, as mulheres negras desenvolveram formas de vivenciar essas responsabilidades atribuídas a elas, gerando desvantagens sociais e adoecimentos.

No caso das mulheres negras, a intersecção entre gênero, raça e classe vai levá-las a permanecer na execução do trabalho doméstico e de cuidados, não só como uma relação de extensão da esfera reprodutiva, mas estabelecida e demarcada pela colonialidade. Na divisão social, sexual e racial do trabalho, são as negras (pretas e pardas) que ocupam os trabalhos mais subalternos e com menor remuneração, permanecendo na base da pirâmide social, (Ipea, apud PASSOS, 2020, p. 118).

Perante a análise interseccional, as mulheres negras encontram-se em situação de desvantagem quando comparadas às mulheres brancas, pois a estas sempre foi imputado o valor, única e somente, de força de trabalho desumanizado na história da formação desse país. É a partir dessa afirmação que Fanon discorre sobre “a zona do não ser”. A autora narra a vivência corriqueira de mulheres negras sobre a experiência da maternidade para caracterizar essa categoria de cuidado, ou descuidado, oferecido à essas sujeitas. Ao tempo que a maternidade é imposta às mulheres, e romantizada pelo patriarcado e sexismo, a fim de continuar a cadeia de produção e reprodução da força de trabalho no sistema capitalista, as mulheres negras já não possuem a vantagem de matar quando querem, evidenciando essa “zona do não ser” trazido pelo intelectual Frantz Fanon

Há uma zona de não-ser, uma região extraordinariamente estéril e árida, uma rampa essencialmente despojada, onde um autêntico ressurgimento pode acontecer. A maioria dos negros não desfruta do benefício de realizar esta descida aos verdadeiros Infernos (p. 25).

Passos (2020) complementa ainda afirmando que

O mito do amor materno não pode ser incorporado, apropriado ou assumido por todas as mulheres. Nem todas podem “desfrutar” da maternidade, mesmo que haja

uma imposição (quase) que compulsória para que todas experimentem e vivenciem as supostas “delícias” dessa função social (Badinter apud PASSOS, 2020 p. 119).

Tal zona colocou-as em um lugar “estéril e árido destinado pela branquitude para o negro”, o que gera intensos adoecimentos, pois a mulher negra sofre com o fato de ter direitos básicos à vida e à gerar vida, constitucionalmente, mas tem castrada sua subjetividade, sua liberdade e seu bem-viver (PASSOS, 2020; FANON, 2008).

Fanon foi um psiquiatra negro, latino-americano, das ilhas da Martinica (colônias francesas na América Central) que viveu no continente africano, no qual registrou e formulou as características da loucura diagnosticada e as expressões de cuidado direcionados às pessoas negras, a partir da compreensão da formação social dos países africanos, também fragmentados e violados pela colonização europeia. Na cidade de Blida, na Argélia, doutor Fanon rompeu com a lógica manicomial dos hospitais psiquiátricos, ao perceber as características opressivas e de (des)cuidado oferecidas às populações vulneráveis.

Após três anos como médico-chefe do hospital psiquiátrico, Fanon escreveu sua carta de demissão e a enviou ao ministro residente denunciando, em seu conteúdo, a função de controle e desumanização adotada pelo hospício e pela psiquiatria como estratégia de perpetuação do colonialismo, além de afirmar a necessidade da luta revolucionária (PASSOS, 2020, p.124).

O segundo elemento que compõe a lógica do cuidado colonial é a ideia do negro possuir um “corpo matável e exterminável”. A taxa de homicídios na população negra no Brasil alcança índices alarmantes anualmente, alcançando o patamar de genocídio e extermínio dessa população quando se evidencia a desigualdade nessa taxa quando comparada à população branca.

De acordo com os dados apresentados pelo Atlas da Violência de 2018, em 2016 a taxa de homicídios de negros foi duas vezes e meia superior à de não negros. Entre 2006 e 2016, a taxa de homicídios de negros cresceu 23,1%, sendo que, no mesmo período, a taxa entre os não negros teve uma redução de 6,8%. Destacamos que a taxa de homicídios de mulheres negras foi 71% superior à de mulheres não negras (Ipea apud PASSOS, 2020, p. 121).

O terceiro e último elemento acerca do cuidado colonial se refere à “estereotipação”. As mulheres negras, diante do histórico de desumanização e reificação no país, sofre a estereotipação de suas características e capacidades. Se, por um lado, são relegadas ao lugar de cuidado doméstico e ontológico, trabalho extremamente desvalorizado na sociedade ocidental, por outro lado, possuem suas capacidades de tolerância a abusos perversamente superdimensionadas, relacionando-as ao mito de que suportam qualquer dor ou sofrimento,

gerando “cuidados” destinados ao silenciamento destes e às prisões físicas e psicológicas destinadas a elas.

As práticas discursivas racistas e sexistas propagam no imaginário social a concepção de que as mulheres negras possuem uma capacidade de suportar a dor muito maior do que as outras. Dessa maneira, produzem-se processos de subjetivação que são marcados por essa fantasia e que resultam em intenso sofrimento psíquico, que têm, na maioria das vezes, a medicalização da subjetividade como resposta (p. 122).

A autora ainda reitera, com dados de uma pesquisa a caracterização, do perfil atribuído às mulheres negras na esfera da saúde institucional, denotando tanto a estigmatização dessas sujeitas, quanto o silenciamento da expressão do racismo, do sexismo e da opressão de classe que as atravessam, responsabilizando-as por problemas causados pela branquitude colonial e repercutida até os dias atuais pelas instituições racistas de cuidado em saúde

[...] uma pesquisa em dois hospitais psiquiátricos do Distrito Federal (analisou) 72 prontuários masculinos e 165 femininos (e identificou) que os diagnósticos de transtornos de ansiedade e depressão são mais recorrentes em mulheres negras, pobres e domésticas (Zanello; Silva apud PASSOS, 2020, p. 122).

Estabelecidos os elementos do cuidado colonial destinado às mulheres negras, a autora traça o caminho de relembrar as mazelas que acometem a população afro-brasileira ao narrar casos comuns de homicídios realizados pelo Estado brasileiro através do seu braço armado: as polícias militarizadas.

Ao relembrarmos tais tragédias, temos a pretensão de problematizar de que forma a lógica manicomial compõe as instituições da violência e legitima essas ações contra os corpos, comportamentos e subjetividades de mulheres negras (p. 124).

Stela do Patrocínio foi uma mulher, negra, que marcou a literatura e o campo de estudo em saúde mental, pela forma como utilizava as palavras para formular sua experiência de dor e sofrimento causados pela estigmatização, pelo racismo, pelo sexismo e pela pobreza, principalmente quando fora presa de forma arbitrária na Colônia Juliano Moreira, antiga instituição manicomial, no Rio de Janeiro, entre as décadas de 1960 e 1990.

[...] *ela achou que tinha o direito de me governar na hora, me viu sozinha (...) “carreguem ela”, deu ordem, “carreguem ela”, na ambulância, “carreguem ela”, carregaram, me trouxeram pra cá como indigente, sem família, vim pra cá, estou aqui como indigente, sem ter família nenhuma, morando no hospital, estou aqui*

como indigente, sem ter ninguém por mim, sem ter família e morando no hospital (Patrocínio apud ZARA, 2009, p. 41).

Stela contribuiu para a denúncia do cuidado colonial perpetrado contra as mulheres negras de sua época, mas que remontavam a vivência coletiva e antepassada, assim como se ainda manifesta nos dias de hoje, de maneira muito encoberta. Patrocínio não se enganou em sua trajetória de vida, pelo contrário, apesar do diagnóstico de loucura, falava com lucidez sobre a verdadeira função social do manicômio para pessoas negras, pobres e, principalmente, para existência feminina nesse grupo quando interseccionalizado: “Eu estava com saúde/Adoeci/Eu não ia adoecer sozinha não/ Mas eu estava com saúde/ Me adoeceram/ Me internaram no hospital/E me deixaram internada/ E agora eu vivo no hospital como doente...” (Patrocínio apud ZARA, 2013, p.3).

Passos (2020) atesta que, no Brasil, “é possível afirmar que a psiquiatria sempre foi acionada a partir do momento em que mulheres ultrapassavam os limites do seu tempo”. Assim como ocorre em outros países que passaram pelo processo de colonização europeia. Segundo a autora,

É na experiência de Frantz Fanon, na cidade de Blida, na Argélia, que podemos encontrar as expressões do colonialismo na composição da psiquiatria e do manicômio. [...] As alas psiquiátricas eram divididas de acordo com uma divisão étnico-racial, “segundo sugeriam os manuais da École psychiatrique d’Alger” (Faustino apud PASSOS, 2020, p. 124).

De modo que, a formação social de um país, as violências e silenciamentos estruturados pelas formas de opressão, dominação e exploração dos corpos e subjetividades constituem aspectos imprescindíveis para compreender o conteúdo e a forma do cuidado institucionalizado e como este ocorre cotidianamente nos serviços de saúde, a partir das relações sociais estabelecidas entre profissionais, gestores e usuárias do Sistema Único de Saúde.

Ao questionarmos o manicômio como dispositivo central de “tratamento”, a psiquiatria como saber e poder absoluto e a internação e o isolamento como única saída, estamos colocando em xeque uma das formas de controle e extermínio mais perversas existentes na sociedade. Em nome da ordem, da moral, dos bons costumes, da higienização, do patriarcado, do racismo etc., foram internadas inúmeras mulheres, crianças, adolescentes e homens considerados desviantes, anormais, doentes e insanos pela psiquiatria e, por isso, transgressores (p. 125).

Stela do Patrocínio, era “patrocinada”, como ela mesma se dizia em um jogo de palavras poético, por uma capacidade de transitar entre a dor e os sofrimentos subjetivos para

o mundo material, audível, tocável, visível com suas armas de (re)xistência, que eram suas palavras:

No céu/ Me disseram que Deus mora no céu/ No céu na terra em toda parte/ Mas não sei se ele está em mim/ Ou se ele não está/ Eu sei que estou passando mal de boca/ Passando muita fome comendo mal/ E passando mal de boca/ Me alimentando mal comendo mal/ Passando muita fome/ Sofrendo da cabeça/ Sofrendo como doente mental/ E no presídio de mulheres/ Cumprindo a prisão perpétua/Correndo um processo/Sendo processada. (Patrocínio apud ZARA, 2013).

Patrocínio escancarou em sua poesia falada o caráter punitivo e de prisão política que as instituições psiquiátricas e manicomiais representavam, na prática de correção e de higienização social. Dessa forma, o sofrimento psíquico em mulheres negras não só é causado pelo racismo, sexismo, pobreza e exploração, como também mantém tais estruturas de dominação através do cuidado colonial.

Em relação ao extermínio da população negra, em especial das mulheres, podemos destacar que há uma naturalização da violência institucional sobre os corpos negros que compõe o modelo manicomial. Como o racismo é base estruturante da criminologia brasileira, é o corpo negro que representa o perigo e, por isso, é exterminável. Portanto, o negro carrega sobre si a marca do crime ou da loucura. (Góes apud PASSOS, 2020, p.125).

A autora ressalta a importância de seguirmos problematizando e expondo as formas de manicômios engendradas nas relações sociais e de poder da sociedade, considerando como estruturais e estruturantes as opressões que marcam a formação social do Brasil: o racismo, o patriarcado e o colonialismo, perpetuados no sistema econômico e político do capitalismo. Almeida (2014) reforça tal destaque quando diz que

Trata-se de recuperar os abusos e violações sofridas pela população negra, os processos genocidas que fazem parte de suas vidas e que interrompem seus objetivos. Principalmente, trata-se de interrogar suas naturalizadas subordinações de gênero, raça, identidade de gênero e orientação sexual, assim como a análise dessas contradições, para avistar importantes hiperativos para suprimir o genocídio. A luta de classes não pode prescindir das lutas contra as opressões, que lhes dão vida (p.151).

Ambas autoras dialogam com a intelectual feminista negra norte-americana Ângela Davis, da qual Passos (2020) grifa a importante síntese preditora dos caminhos possíveis e necessários de superação das opressões e (des)cuidados coloniais abordados nesse capítulo: “é através do feminismo que se torna possível realizar ‘uma reflexão que une coisas que parecem

ser separadas e que desagrega coisas que parecem estar naturalmente unidas” (Davis apud PASSOS, 2020).

Ao denunciar o cuidado colonial destinado às mulheres negras de hoje e de outrora, pelas instituições estatais de saúde, em um movimento dialético, apontam-se os elementos que perpassam todas as relações sociais existentes na sociedade, inclusive nas relações de cuidado no acesso ao direito à saúde por mulheres negras em sofrimento psíquico. Contudo, o movimento que as autoras e autores intelectuais negras e negros fazem aqui é o de desnaturalizar a perpetuação de violências racistas institucionais, manicomializantes, que impactam diretamente no acesso ao direito à vida, à produção simbólica e material que possibilita a existência plena e à liberdade verdadeira da população negra, em especial das mulheres negras.

Que possamos ampliar a nossa lente e identificarmos que os hospitais psiquiátricos no Brasil são um grande reflexo dos navios negreiros, lugar esse em que muitas mulheres negras morreram no anonimato, sem dignidade e impedidas de manifestarem sua existência. Lembremos que os manicômios ultrapassam os muros e se atualizam a todo instante em nosso cotidiano (p. 125).

Dessa forma, a integralidade, um dos princípios pilares do Sistema Único de Saúde, se faz necessário no acolhimento, cuidado e acompanhamento territorial das mulheres negras com sofrimento mental, de forma que os profissionais do serviço, principalmente na Atenção Básica à saúde, tenham olhar sensível às condições de adoecimento dessas sujeitas e implementem o cuidado de que necessitam para construir seus planos e objetivos diários e de vida. Assim, uma mulher com sofrimento psíquico que adentra uma Unidade Básica de Saúde não pode ser recebida com mais reproduções de violência racista e sexista, assim como não deve ser tratada de maneira a ser medicalizada, para seu silenciamento e desresponsabilização do Estado quanto ao seu cuidado. Portanto, o cuidado em saúde no Brasil, necessita, com urgência, de sua decolonização, para, enfim, ser acessado pelas mulheres negras o direito à saúde integral e equânime.

3.2.2 Interseccionalidade e atenção básica à saúde: o acesso das mulheres negras com sofrimento psíquico

“Ser mulher e negra significa que todo dia você tem que matar um leão para poder mostrar que é gente, inclusive, dentro da própria família. Tem que pagar um preço muito alto por isso” (ARAÚJO, HOGAN, CALDWELL, 2016, p.189). Essa frase ilustra bem a vivência individual e coletiva da mulher negra na sociedade brasileira. Na Saúde Pública, os estudos e

pesquisas realizados com foco na mulher, fatores como racismo, classe ou discriminação de gênero, geradores de estresses e acumuladores de sofrimento psíquico têm sido evidenciados como “potenciais exposições exclusivas para mulheres afro-americanas”, o que inclui as brasileiras, acrescentam as autoras. As desigualdades no acesso ao direito à saúde demonstram o caráter estrutural dessas disparidades

[..] as mulheres estão sujeitas à discriminação devido a sua classe social ou a sua condição socioeconômica, mas os efeitos dessa discriminação serão mais prejudiciais sobre sua saúde ou não a depender do pertencimento racial/étnico dessas mulheres. Dessa forma, mulheres negras e mulheres brancas pobres, apesar de estarem niveladas pela baixa condição socioeconômica, podem ter diferentes resultados de saúde (p.190).

A Atenção Básica (AB), ou Atenção Primária a Saúde (APS) para o campo da Saúde Coletiva, se configura como porta de entrada do Sistema Único de Saúde e, portanto, possui unidades de serviço distribuídas pelos bairros com a missão de enraizar a atenção à saúde, assim como incorporar o estudo e análise dos determinantes sociais em saúde da população adstrita. Essa foi uma importante conquista do movimento negro e, principalmente, do movimento feminista negro, na qual aspectos territoriais, culturais e, principalmente, estruturais seriam considerados na promoção do cuidado, na prevenção de agravos, na notificação de informações importantes para melhoria ou reformulação de políticas de saúde para a população negra (Werneck apud SENNA, LIMA, 2012, p. 161).

Ressalta-se que a Atenção Primária à Saúde também possui tecnologias para o cuidado que estejam interessadas em aspectos que venham a cuidar da saúde populacional através de uma perspectiva integral.

A Atenção Primária é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS) e difere dos outros níveis de atenção principalmente pelas tecnologias utilizadas no cuidado, porque tem como características não ser segmentada em especialidades, considerar os contextos sociossanitários dos indivíduos e estar interessada nos aspectos não apenas físicos, mas também psicoemocionais dos processos saúde-doença (Schraiber; Mendes-gonçalves apud LIMA; SENNA, 2012, p. 161).

A APS teve sua concepção e organização modificada em 1994, através do Programa Saúde da Família (PSF), que potencializa ainda mais sua capacidade de inserção na realidade dos bairros, seu enraizamento e vínculo junto à comunidade e na geração de indicadores de saúde mais fidedignos, mantendo um ritmo importante na vigilância em saúde (IDEM, p. 161).

A Política Nacional de Atenção Básica (2016) elenca os objetivos principais a serem alcançados na Atenção básica, os quais são

[...] atuar no território; cadastrar as famílias; diagnosticar a situação da população adstrita; agir juntamente com a comunidade; ter como foco sempre a família e a comunidade; buscar integração com as instituições e organizações sociais do território; e ser um espaço de construção de cidadania (p.4).

Contudo, tais objetivos sofrem obstáculos na sua concretização, pois na promulgação da Constituição de 1988, quando foi declarada a criação do Sistema Único de Saúde - cujos princípios são pautados na universalidade, integralidade e equidade – não houve rompimento com as estruturas provenientes da formação social do Brasil, que ainda hoje é racista, patriarcal e neocolonial. Portanto, as opressões que estabelecem as condições materiais, subjetivas e simbólicas da população negra, em especial, das mulheres negras permanecem gerando adoecimentos, mesmo em estabelecimentos destinados ao cuidado, como as Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Diante disso, conflitos interpessoais, silenciamentos e julgamentos morais perpetrados a partir do lugar de profissional de saúde ocorrem, principalmente, contra mulheres negras (WERNECK, 2016), retirando dessas sujeitas a possibilidade de acessarem o direito à saúde.

No cotidiano, tal proposta, muitas vezes, é desvirtuada quando o trabalho dos profissionais se pauta mais pela busca do exercício do controle moral sobre a vida dos usuários, dentro dos cânones da biomedicina, e menos pelo estabelecimento de projetos compartilhados de cuidados com caráter emancipatório (SENNA; LIMA, 2012 p. 161).

Oliveira, Duarte e Pitta (2017) confirmam tal constatação acerca do racismo institucional expressado na inter-relação entre profissionais de saúde e mulheres negras. Como uma prática que ocorre com frequência, o racismo institucional – manifestação do racismo estrutural nas instituições - tem fortalecido comportamentos discriminatórios que são vistos de forma naturalizada no cotidiano do trabalho em saúde juntos aos (as) usuários (as), praticado pelos profissionais das unidades de saúde. Mesmo que a extensão da cobertura das políticas tenha gerado consideráveis impactos para a redução das desigualdades raciais, as políticas sociais foram gradualmente deixando de serem objetos necessários para alcançar a redução das iniquidades em saúde.

Para que haja consolidação real do SUS, Senna e Lima (2012) reiteram que o princípio da integralidade é imprescindível nas ações e nas políticas de saúde, buscando atender ao conceito mais ampliado de saúde, considerando e “otimizando o impacto epidemiológico” e

atrelando a prevenção e tratamento da saúde. As autoras chamam atenção para o aspecto das relações intersubjetivas entre os profissionais do interior das unidades e as usuárias do serviço como “fundamentais no estabelecimento das necessidades ampliadas em saúde, na organização das ações e no compartilhamento dos cuidados” (Ayres apud SENNA, LIMA, 2012, p. 162).

A realidade atestada pelas autoras, no entanto, é de que a pobreza é naturalizada pelo serviços da Atenção Básica à saúde, não considerando as condições precárias de vida e saúde de negros, grupo composto por pretos e pardos, segundo denominação institucional, e pouco se reflete sobre as origens dessas condições de existência diante de um padrão que estigmatiza ao invés de buscar resolver os problemas.

As demandas que adentram a APS correspondem hoje, em maioria aos efeitos desse modo de vida imposto à população negra. Não evidenciam a vivência específica das mulheres negras nesses territórios e no acesso à saúde nesse nível de atenção, contudo, diante do que já debatemos neste capítulo, podemos inferir que, se as mulheres negras estão atravessadas por uma intersecção de opressões que as colocam no lugar de maior exposição às mazelas e vulnerabilidade sociais, econômicas e de saúde, elas são também as que mais sofrem com a negligência institucional no cuidado, ainda colonial, oferecido a elas.

Portanto, essas condições de vida, que incluem moradia, alimentação, e principalmente, segurança, determinam a produção de doença e saúde tanto nos corpos das mulheres negras, quanto na psique. No trabalho das autoras supracitadas, são abordados fatores muito presentes na realidade da população negra, que é a violência estatal, a violência doméstica, produzida nessa sociedade de desumanização das relações, inclusive entre a população negra e que repercute também as violências de gênero. E ainda, nos territórios em que está ausente o Estado, as disputas internas por poder político, social e econômico se instala, gerando um ambiente de constantes conflitos armados e insegurança para toda a comunidade (p. 171).

A violência é um fenômeno que abrange muitos elementos, cuja expressão varia na história e nas culturas. Em sentido próprio, o termo latino *violencia* significa “força”; no sentido moral, significa “arrebatamento e ferocidade”. O exercício da violência tem no seu radical latino *violo* o sentido de violentar, profanar, lesar, ferir e prejudicar. Nessa perspectiva, a violência é percebida como um ato de excesso no exercício de poder presente nas relações sociais, e esse excesso tem a ideia de força ou de coerção, que supõe e produz um dano em outro indivíduo ou grupo social (Tavares apud SENNA; LIMA, 2012, p. 171).

As autoras, em uma pesquisa exploratória, colheram os principais medos e receios referidos pela população negra que acessa a Atenção Primária a Saúde em um bairro da

cidade de São Paulo, e as categorias que surgiram desse estudo foram em ordem de prioridade: Envolvimento com o tráfico de drogas; Violência doméstica; Roubo/furto/assalto; Assassinato e homicídios. Todas essas categorias elencam uma série de efeitos subjetivos sobre as experiências de vida, a capacidade de construção e engajamento em projetos de vida e na saúde psíquica das mulheres negras do território.

Na década de 1980, a violência se tornou um tema de interesse para os estudos da área da saúde, sendo de início uma abordagem restrita à mortalidade por causas externas e a violência de gênero. Até pouco tempo atrás, esses estudos se concentravam nos efeitos físicos da violência: traumas e lesões físicas, principalmente nos serviços de emergência e na atenção especializada. Hoje já são abordados, em relação a alguns tipos de violência como contra a criança e a mulher, os aspectos psicossociais relativos às vítimas e aos agressores (Minayo apud SENNA, LIMA, 2012, p. 163).

Quanto às características do bairro em que moravam, as pessoas negras participantes da mesma pesquisa, apontaram respostas sistematizadas pelas categorias que explicitam ainda mais as principais sujeitas expostas a condições de vida que geram sofrimento mental, as quais são: 1. Violência da rua e medo de sair de noite; 2. Comunidade e cidade violenta; 3. Medo de tiroteios e assassinatos; 4. Violência policial: “Principalmente a praticada pela polícia”; 5. Segurança e futuro dos filhos: “Deixa os filhos em casa até 12h sozinhos e não sabe o que pode acontecer com eles nesse horário.”; “Porque tem filhos pequenos.”; “Se preocupa com os filhos.”; “Por causa dos filhos que são adolescentes.”; “Tem medo que futuramente o filho se envolva no mundo do crime”.

É estabelecido assim mais um aspecto da violência – a institucional –, que, ao silenciar vozes, impede que projetos de vida, necessidades e cuidados de saúde sejam compartilhados. Diante da relevância e preponderância do tema violência no cotidiano e das diversas formas que ela apresenta, é pertinente entender suas possibilidades de expressão, buscando introduzir essa questão na elaboração de tecnologias de abordagem em Atenção Primária (p.163).

As autoras posicionam a APS como estrutura com potencial de desnudamento das questões sociais que geram adoecimento, dentre eles o psíquico. A violência local, causada pela ausência do Estado na garantia de direitos sociais e cidadãos, assim como sua atuação direta na promoção de insegurança pública através da política de combate às drogas, que representa, na verdade, o combate à população negra de favela, são os principais causadores de adoecimento psíquico na população negra. E, como as mulheres negras, pela condição de raça, gênero e classe a que estão atravessadas, são responsabilizadas com o cuidado ontológico não somente de seus familiares, mas de toda a comunidade, sofrem direta e

indiretamente com as mortes, a tensão, o medo e a falta de perspectiva de viver dias com qualidade de vida.

Violência e construção de subjetividades, em suas repercussões nas condições de saúde, são temas de fundamental importância na abordagem à saúde da população negra. Entendemos que as relações racializadas no país trazem como marca histórica a negação da subjetividade aos negros; assim, não há como buscar ações integrais de saúde emancipatórias para essa população sem enfocarmos a violência e seus agravos. A violência estrutural deve ser desvelada e combatida. Um de seus braços ocorre no cotidiano do nosso trabalho, como profissionais da saúde, quando nos eximimos de abrir espaço para as necessidades das famílias imersas na violência delinqüencial (p. 178).

Para tais desafios serem superados e o direito à saúde se consolide de forma à corrigir, mitigar e compor uma frente de combate às desigualdades sociais, é necessário que não se negue a existência das relações violentas no território em que estão inseridas e responsáveis as equipes de saúde. O compromisso com a saúde está para além da lesão física e da atuação tardia quanto à percepção dos geradores de doenças somáticas relacionadas às violências. A saúde psíquica das mulheres negras precisa ser compreendida como primordial para a consolidação da cidadania, pois se avança o cuidado decolonial, avança-se também uma parcela das transformações estruturais necessárias (SENNA, LIMA, 2012, p. 178; PASSOS, 2020). Ressalta-se a ainda inconsistente implantação e utilização do registro da cor da pele para percepção das desigualdades. Tais registros se fazem fundamentais para a vigilância em saúde eficaz e para a organização dos serviços e políticas de saúde no território.

É interessante ressaltar o papel de destaque que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem no processo de renovação no tipo de cuidado prestado pela Atenção Básica, pois tais trabalhadores e trabalhadoras pertencem ao mesmo território, vivem as mesmas condições de vida, são também negras e negros, sofrem as mesmas discriminações nas relações sociais estabelecidas. Contudo, apesar do enorme potencial de produção de saberes e tecnologias de vigilância e cuidado atreladas ao trabalho desses profissionais, eles estão moldados em uma lógica apenas de “extensão de atividades de controle de doença, como uma ampliação de ações da biomedicina” (p. 179). Dessa forma, o mesmo potencial de transformação desenvolvido no movimento feminista negro, em que a pauta da saúde era trazida à tona no movimento negro e as pautas de raça, gênero e classe eram incorporadas na criação de políticas institucionais de saúde, não é desenvolvido entre esses profissionais pelo enrijecimento ainda preponderante na formação crítica e comprometida dessa categoria. Tal

responsabilidade está posta de ser bandeira de luta tanto para os movimentos populares, quanto partidos e profissionais de saúde.

O movimento negro, com o protagonismo das militantes feministas negras, pautou a questão racial como estruturante na produção de saúde e doença, contribuiu para a produção científica que fez avançar a compreensão do impacto das intersecções na saúde e, principalmente, compuseram os conselhos e promoveram espaços de decisão governamentais sobre a saúde da população negra, o que culminou na conquista da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) como afirma Werneck (2016).

A vinculação entre racismo e vulnerabilidades em saúde chegou à agenda da gestão pública com mais força após a realização da Marcha Nacional Zumbi dos Palmares em 1995. Essa marcha, que levou a Brasília milhares de ativistas de todas as regiões do país, provocou a criação do Grupo de Trabalho Interministerial para a Valorização da População Negra (GTI), reunindo ativistas, pesquisadores e representantes do governo para a formulação de propostas de ação governamental. No âmbito da saúde, o qual contava com a participação de representação do respectivo Ministério, o GTI realizou uma Mesa Redonda sobre Saúde da População Negra (1996), resultando na proposição de um conjunto de medidas (p. 537).

A saúde das mulheres negras encontrava, finalmente, um espaço na constituição federal em 1988, na qual tiveram elencadas demandas históricas de cuidado, mesmo que ainda sob uma perspectiva sexista, compreendendo a saúde das mulheres ainda no sentido físico e reprodutivo (BRASIL, 2013). Contudo, como já comentado anteriormente neste trabalho, as mulheres negras sempre estiveram em desvantagem no acesso a direitos, obtendo como um grande avanço a conquista do direito à saúde reprodutiva, em um país que historicamente, as esteriliza física e simbolicamente (GÓES; NASCIMENTO, 2008; PASSOS, 2020). Tal conquista é resultado da organização e inserção política das mulheres nos espaços de debate e decisão

o movimento de mulheres negras conferiu maior visibilidade às questões específicas de saúde da mulher negra, sobretudo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. O racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse segmento, vitimando-o, portanto, com um duplo preconceito (BRASIL, 2013, p. 10).

A (PNSIPN) é, portanto, o reflexo da luta histórica do movimento negro e obteve como maiores expoentes as militantes negras de movimentos sociais, populares, acadêmicos e partidos. Os principais componentes que dão base à PNSIPN estão relacionados à produção de conhecimento científico, ou seja, a organização do saber disponível e a produção de novos

para a tomada de decisão no campo da saúde da população negra; capacitação de profissionais, adotando na formação destes a perspectiva antirracista e a centralidade que possui a pauta racial para as causas e efeitos das doenças e agravos que acometem a população negra; informação para a população negra, utilizando a educação em saúde para facilitar a adoção de hábitos saudáveis para si e para o contexto familiar e comunitário; e, por fim, no âmbito da atenção à saúde, foram incluídas de promoção e prevenção à saúde da população negra e a facilitação do acesso em todos os níveis do sistema de saúde, como consta no documento (WERNECK, 2016, p. 538; BRASIL, 2013, p. 31).

A partir dessas premissas da Política, estabelece-se um contraditório, que indica que tal facilitação do acesso à saúde por mulheres negras ainda se configura como grande desafio para a concretização da integralidade e da equidade no Sistema Único de Saúde, principalmente no que tange à prevenção de adoecimentos e a promoção do bem-estar destas mulheres na Atenção Básica (WERNECK, 2016), se agravando ainda mais quando tais mulheres recorrem ao serviço ou demandam busca ativa da equipe de saúde para o cuidado em saúde mental, para além da perspectiva psiquiátrica.

Apontam-se três diferentes dimensões interligadas que induzem maior ou menor vulnerabilidade de pessoas e populações em determinadas condições, as quais são

[...] dimensão individual – na qual estão inseridos comportamentos que desprotegem; dimensão social – destaca as condições políticas, culturais, econômicas etc., a partir do que produz e/ou legitima a vulnerabilidade; dimensões do racismo; dimensão política ou programática – refere-se à ação institucional voltada para a geração da proteção e/ou redução da vulnerabilidade de indivíduos e grupos, na perspectiva de seus direitos humanos (p. 542-543).

A autora aponta três diferentes dimensões interligadas que induzem maior ou menor vulnerabilidade de pessoas e populações em determinadas condições, as quais são: a dimensão individual – na qual estão inseridos comportamentos que desprotegem; dimensão social – destaca as condições políticas, culturais, econômicas etc., a partir do que produz e/ou legitima a vulnerabilidade; dimensões do racismo; dimensão política ou programática – refere-se à ação institucional voltada para a geração da proteção e/ou redução da vulnerabilidade de indivíduos e grupos, na perspectiva de seus direitos humanos.

Através dessas dimensões, é possível colher elementos que acompanhem a implementação correta da PNSIPN e de sua efetividade, destacando as causas das ações e serviços não estarem resultados satisfatórios quanto à ampliação da acessibilidade à saúde, não estar contribuindo para a redução de disparidades e tratamentos desiguais oferecidos

pelos profissionais de saúde, assim como “expõe a necessidade da produção de informações desagregadas por raça/ cor”, elemento ressaltado como de grande importância para o diagnóstico e mensuração do racismo institucional, ainda tão presente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma, a autora aponta que, como alternativas de combate aos entraves da execução de ações para a equidade, é necessário utilizar os dados produzidos, inclusive os não notificados e não registrados, para o desenvolvimento de “mecanismos de diálogo e participação que garantam a inserção desses grupos e de sujeitos nos processos de formulação, monitoramento e avaliação das políticas e ações” (WERNECK, 2016, p. 545).

As dimensões trazidas pela autora propõem um modelo para analisar o racismo e seus efeitos na saúde, assim como possibilitar a construção de ações que traduzam modos, momentos e oportunidades de melhoria no estado de vulnerabilidade da população negra, produzidos pelo próprio sistema de saúde, ainda carregado de racismo institucional e sexismo entre os profissionais e gestores da saúde.

Essa codeterminação possivelmente está associada aos graves indicadores sociais e de saúde das mulheres negras que certamente participam das altas taxas de morbidade e de mortalidade precoce ou por causas evitáveis. Em cada um dos momentos apontados no modelo, mecanismos seletivos de privilegiamento e barreiras – por exemplo, linguagens, procedimentos, documentos necessários, distâncias, custos, etiquetas, atitudes etc. – poderão ser interpostos sem qualquer mecanismo de controle ou barreira, dificultando ou impedindo a plena realização do direito e o atendimento às necessidades expressas. Assim, instaura-se em cada um deles, e em todo o percurso, lógicas, processos, procedimentos, condutas, que vão impregnar a cultura institucional – o que, se não os torna invisíveis, faz parte da ordem “natural” das coisas (p.545).

Por esse agrupamento de motivos, a invisibilização das mulheres negras é reproduzida sistematicamente pelos profissionais de saúde não adequadamente preparados ou interessados para estabelecer vínculos de cuidado e responsabilidade com essas sujeitas sócio e historicamente localizadas em posição de não cidadãs, como reitera a autora em seu estudo.

Tal contexto se agrava ao associarmos a condição de sofrimento psíquico das mulheres negras que o desenvolvem e a conjuntura política brasileira atual, que demonstra intenso e largo avanço do conservadorismo, do retorno dos investimentos em estruturas e métodos manicomial de cuidado, do reforço nos discursos de ódio e na regressão e retiradas de direitos duramente conquistados pelo movimento negro, pelos movimentos sociais e partidos políticos de esquerda, expondo ainda mais populações já vulnerabilizadas pela formação social brasileira.

Em tempos de avanço do conservadorismo, temos visto e vivenciado um acentuado investimento para a retomada da centralidade do hospital psiquiátrico e das internações compulsórias como modelo de tratamento da saúde mental. Ao nos atentarmos para as expressões desse modelo por meio do braço punitivo do Estado, identificamos que os extermínios produzidos pelo manicômio estão sendo perpetuados a partir do momento que reconhecemos que não existe bala perdida e, sim, que há um direcionamento para a aniquilação da existência negra. (PASSOS, 2020, p. 126).

“A ampliação do acesso e utilização das políticas públicas de saúde, incluindo ações de promoção pelas mulheres negras, devem permitir a aproximação física e cultural entre instituições públicas e as mulheres negras” (WERNECK, 2016, p. 546). Com essa afirmação a autora reitera a ideia de que para estabelecer-se relações de confiança para promoção do cuidado, assumindo uma perspectiva decolonial, é necessário que o abismo histórico causado pelo racismo institucional e interpessoal entre população negra, em especial mulheres negras, e braços do Estado de Direito (ALMEIDA, 2014) seja reduzido a nada.

Tais iniciativas de aproximação implicam não apenas eliminação de entraves, que impedem o agente público de alcançar as mulheres negras e cada uma entre elas, como também em maior disponibilização de infraestrutura acessível a elas. Ou seja, deverão envolver esforços institucionais em deslocar-se – fisicamente e em relação à cultura institucional – em direção a esse grupo excluído ou sub-representado (WERNECK, 2016, p. 546).

O caminho a ser percorrido para que de fato alcancemos a universalidade, a integralidade e a equidade no Sistema Único de Saúde deverá, necessariamente, perpassar por uma luta de combate ao racismo, ao sexismo e às classes sociais detentoras dos meios de exploração dos corpos e subjetividades da população negra, e as quais asfixiam as possibilidades de construção da ordem social pretendida quando era promulgada a Constituição Federal de 1988. Diante da interseccionalidade de opressões vividas pelas mulheres negras, o sofrimento psíquico se torna componente presente na construção de trajetórias, muitas vezes interrompidas pela reprodução do cuidado ainda colonial oferecido a essas sujeitas históricas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou elencar e descrever os efeitos de causa e consequência do racismo estrutural, o sexismo e o as opressões de classe no Brasil, na produção de saúde e sofrimento psíquico na população de mulheres negras, e significar tais elementos na trajetória histórica e dinâmica de vivência destas sujeitas. Percorrendo o caminho metodológico de realizar o levantamento bibliográfico das produções que abordassem a Política de Atenção Básica e o atendimento de mulheres negras em sofrimento psíquico no serviço desse nível de atenção à saúde.

No segundo capítulo intitulado “Contextualização Histórica da Política de Atenção Básica e de Saúde Mental no Brasil”, em dialogo com o campo da Saúde Coletiva através dos trabalhos de Jairnilson Silva Paim (2009) e Silvana Carneiro Maciel (2012), foram apresentadas as Políticas de Atenção Básica e de Saúde Mental no Brasil, contextualizando-as historicamente e situando as lutas travadas pelos movimentos sociais na implementação do Sistema Único de Saúde público e de acesso universal, integral, equânime e antimanicomial.

No terceiro capítulo intitulado “Racismo estrutural e determinantes do processo de saúde/doença: reflexões sobre o acesso ao PSF de mulheres negras em sofrimento psíquico”, apresentei o debate sob dois vieses, a saber: a) o racismo estrutural como determinante do processo de saúde/doença das mulheres negras em sofrimento psíquico, assim como é discutida a interseccionalidade dos conceitos de gênero, raça e classe, e ; b) contribuição do Movimento de Mulheres Negras brasileiro na luta pela saúde da população negra e das mulheres negras. Onde também apresento a análise bibliográfica sobre o acesso das mulheres negras em sofrimento psíquico na Atenção Básica apontando as contribuições para o Serviço Social.

Este terceiro capítulo foi construído em dialogo com o campo do Feminismo negro trazendo as intelectuais Edna Maria de Araújo (2016); Sueli Carneiro (2002; 2003); Lélia Gonzalez (1988), Beatriz Nascimento (2007), Magali da Silva Almeida (2014). Tais obras embasaram a leitura da formação social patriarcal, racista e de classe que constrói as condições de saúde das mulheres negras e também as mantém invisibilizadas pela tríade de opressões estruturais.

Para abordar o campo da Saúde Mental foram levantados os trabalhos com recortes de raça e/ou gênero, tais quais são Anastácia Mariana da Costa Melo (2013), Raquel Gouveia Passos (2020); Frantz Fanon (2008) e Telma Beiser de Melo Zara (2016), trabalho este que analisa a vida e obra de Stela do Patrocínio durante seu confinamento na Colônia Juliano

Moreira (RJ) – os autores contribuíram no debate do cuidado à saúde mental e a construção ainda colonial da saúde como instrumento de aprisionamento, extermínio de corpos e subjetividades negras, reprodução de estigmatizações históricas contra as mulheres negras com sofrimento psíquico e a reafirmação da “zona de não lugar” evidenciada por Fanon (2008) e Passos (2020).

Outro campo de conhecimento também importante para a compreensão do objeto deste trabalho no terceiro capítulo foi o campo de Saúde da População Negra, que contou com as obras de Dulce Maria Senna e Thais Fonseca Lima (2012), Jurema Werneck (2016); Simone Cruz e Laura López (2016); Emanuelle Góes e Nascimento (2012). Nessa seleção, foram elencados elementos essenciais para o entendimento do percurso realizado pelo movimento negro, com o protagonismo das mulheres negras militantes desses movimentos.

A fim de responder o problema suscitado pela pesquisa, foram priorizadas as produções que abordem a relação entre racismo e sofrimento psíquico na Atenção Básica com recorte de gênero em diálogo com outras produções bibliográficas no campo da saúde mental e da saúde da população negra. Contudo, nenhum resultado foi obtido nas buscas, se configurando como uma limitação da produção científica sobre o tema e apresentação de lacuna importante na literatura, também expressada pela pouca visibilidade que a problemática possui no meio acadêmico, preponderantemente branco ainda hoje.

O resultado da investigação constata também que apesar do Movimento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial terem preconizado o desenvolvimento de ações de Saúde mental no âmbito da Atenção Primária à Saúde, atendendo ao conceito de desinstitucionalização com o fim dos manicômios, o racismo enquanto estrutura hierárquica da sociedade interseccionado pelo sexismo e exploração de classe dificultam o acesso das mulheres com sofrimento psíquico aos serviços ofertados pela Política de Atenção Básica.

As considerações finais do presente trabalho apontam como necessário o engajamento não somente do feminismo negro, como também de todos (as) aqueles (as) que militam pela implementação plena do Sistema Único de Saúde, incluindo acadêmicas, acadêmicos, profissionais de saúde, gestores e gestoras e usuárias (os) organizados não apenas para pressionar os governos pela formulação de novas políticas sociais, como também para produzir estratégias que possibilite a transformação completa das estruturas que ainda hoje mantêm a reprodução de sofrimento mental na vida das mulheres negras. Defender um serviço de acolhimento, visibilização e reflexão, para a ação, das questões pertinentes aos determinantes e condicionantes em saúde no território se reafirmam como essenciais para tal concretização de direitos coletivos. E parte desse engajamento se traduz na necessidade de

produção científica sobre o tema para oportunizar não somente a constatação de mazelas e colonialidades presentes na tentativa de acesso das mulheres negras com sofrimento psíquico através da Atenção Básica, como também o descobrimento e sistematização das tecnologias sociais, comunitárias e do próprio serviço de saúde produzidos para a promoção e prevenção da saúde e construção de cidadania.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–8, 2018.

ALMEIDA, Magali da Silva. Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo. **Revista Em Pauta**, v. 12, n. 34, p. 131–154, 2014.

ALMEIDA, Silvio de. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018. Capítulo. 1 - Raça e racismo, p. 17- 42.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006.

ARAÚJO, Edna Maria de; HOGAN, Vijaya Krisna; CALDWELL, Kia Lilly. Interseccionalidade e a saúde das mulheres negras no Brasil e nos Estados Unidos: uma proposta para a equidade em saúde. In: Regina Marques de Souza Oliveira (Org.). **Cenários da saúde da população negra no Brasil** . Vol 2. Cruz das Almas, BA: EDUFRB; Belo Horizonte: Fino Traço, 2016. p. 189-203.

ARAÚJO, Edna Maria; Hogan, Vijaya Hrisna; CALDWELL, Kia Lilly. Interseccionalidade e a saúde das mulheres negras no Brasil e nos Estados Unidos: uma proposta pra a equidade em saúde. In: Regina Marques de Souza Oliveira. (Org.). **Cenários da Saúde da População Negra no Brasil: diálogos e pesquisas** 1ed.Cruz das Almas: Fino Traço/UFRB, 2016, v. 2, p. 189-204.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380–398, 1996.

BITTENCOURT, Isaiane Santos; VILELA, Alba Benemérita Alves; NUNES, Emanuelle Caires Dias. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. **Enfermagem Brasil**, v. 10, n. 2, p. 131–136, 2011. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=86023705&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site>>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de Indicadores do SUS**. Temático Saúde da População Negra. – Brasília, DF, 2016.; v. 7, n. 10. p. 13-24; 41-43.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 36 p.

CARNEIRO. Mulheres em movimento. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 17, n. 49, dez. 2003.

CARNEIRO. Sueli. Gênero e Raça. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBEHAUM, Sandra Gouretii. Gênero (Orgs.), **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2002, p. 167-193.

CARVALHO, Gilson. Saúde pública. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 5–26, 2013.

CRUZ, Simone; LÓPEZ, Laura. Saúde da população negra e militância sobre a perspectiva de gênero. In: Regina Marques de Souza Oliveira (Org.). **Cenários da saúde da população negra no Brasil : diálogos e pesquisas**. Vol 2. Cruz das Almas, BA: EDUFRB; Belo Horizonte: Fino Traço, 2016. p. 147-162.

DUNNINGHAM, William Azevedo; FILHO, Antonio De Souza Andrade. **Saúde mental**. [s.l.: s.n.], 2016.

FANON, Franz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador, EDUFBA, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. LTC, 1981.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas, as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Estado da Bahia, PNAD – 2008. In: Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes (Org.). **Saúde da população negra**: coleção negras e negros: pesquisas e debates. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 274-286.

GONZÁLEZ, Lélia. "Por um feminismo afro-latino". confrontando a crise na América Latina: mulheres a organizarem-se para a mudança. Isis International & Development Alternatives With Women For a New Era, 1988a: p. 95-101.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, n. spe, p. 37–45, 2007.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 399–407, 2007.

MACIEL, Silvana Carneiro. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**2, v. 4, n. 8, p. 73–82, 2012.

MELO, Anastácia Mariana da Costa. Apontamentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S.

l.], v. 4, n. 10, p. 201-213, 2013. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68768>. Acesso em: 26 de maio de 2021.

MENEGAT, Elizete Maria; DUARTE, Marco José de Oliveira; FERREIRA, Vanessa De Fátima. Os novos manicômios a céu aberto: cidade, racismo e loucura. **Revista Em Pauta**, v. 18, n. 45, p. 100–115, 2020.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, Identidade e etnia In: BRANDÃO, André Augusto P. **Programa de Educação Sobre o Negro na Sociedade Brasileira**, Ed. EDUFF, Rio de Janeiro, 2004.

NASCIMENTO, Beatriz. Mulher negra no mercado de trabalho. In: RATTS, Alex. **Eu sou atlântica: sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: Instituto Kuanza, 2007.

OLIVEIRA, Martins Italuã; DUARTE, Marco José de Oliveira; PITTA, Ana Maria Fernandes. “Racismo, sofrimento e saúde mental: um debate necessário”. **Direitos Humanos e Saúde Mental**, OLIVEIRA, W. F de (Org.); PITTA, A. M. F. (Org.); AMARANTE, P. (Org.). São Paulo: Hucitec, 2017, 1. ed. pp 272-295.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. p. 148, 2016. Disponível em:

<<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/o-que-é-o-sus>>. Acesso em: 23 de maio de 2021.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014.

PASSOS, Rachel Gouveia. Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial. **Revista Em Pauta**, v. 18, n. 45, p. 116–129, 2020.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

PÔRTO, Ângela. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos**, v. 13, n. 4, p. 1019–1027, 2006.

SENNA, Dulce Maria; LIMA, Thais Fonseca. Questão da violência na atenção primária à saúde da população negra. In: Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes (Org.). **Saúde da população negra: coleção negras e negros: pesquisas e debates**. 2. Ed. Brasília, DF: ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012. p. 160-180.

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos.

Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do Estado? **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 252–260, 2014.

SOUSA, Maria de Fátima. A Reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 11–16, 2014.

SOUZA, Andrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 121–132, 2010.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 477–486, 2009.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016.

ZARA, Telma Beiser de Melo. Eu sou uma nega preta e crioula: gênero e identidade na obra de Stela do Patrocínio. **Seminário Internacional Fazendo Gênero 10** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X.