

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA CONDIÇÃO HUMANA

JÉSSIFRAN SILVEIRA ROSA

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA
(PNSIPN): O (DES)CONHECIMENTO DOS(AS) PROFISSIONAIS
UNIVERSITÁRIOS(AS) DA SAÚDE MENTAL**

Sorocaba

2023

Jéssifran Silveira Rosa

**POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA
(PNSIPN): O (DES)CONHECIMENTO DOS(AS) PROFISSIONAIS
UNIVERSITÁRIOS(AS) DA SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada à banca examinadora no Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana da Universidade Federal de São Carlos - *campus* Sorocaba, para obtenção do título de Mestre em Estudos da Condição Humana.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosana Batista Monteiro

Sorocaba

2023

Rosa, Jéssifran Silveira

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): o (des)conhecimento dos(as) profissionais universitários(as) da saúde mental / Jéssifran Silveira Rosa -- 2023.
128f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba, Sorocaba
Orientador (a): Rosana Batista Monteiro
Banca Examinadora: Marcos Roberto Vieira Garcia,
Rachel Gouveia Passos
Bibliografia

1. População Negra. 2. Saúde Mental. 3. PNSIPN. I.
Rosa, Jéssifran Silveira. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Maria Aparecida de Lourdes Mariano -
CRB/8 6979



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Humanas e Biológicas
Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Jéssifran Silveira Rosa, realizada em 24/08/2023.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia (UFSCar)

Profa. Dra. Rosana Batista Monteiro (UFSCar)

Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos (UFRJ)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Estudos da Condição Humana.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS DA CONDIÇÃO HUMANA

Folha de aprovação

Assinatura dos membros da Comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do Candidato Jéssifran Silveira Rosa, realizada em 24/08/2023.

Orientador(a)

Dra. Rosana Batista Monteiro
Universidade Federal de São Carlos

Examinador

Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia
Universidade Federal de São Carlos

Examinador(a)

Dra. Rachel Gouveia Passos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Este trabalho eu dedico a todas as pessoas e famílias vítimas do desastre ocorrido em São Sebastião, litoral norte de São Paulo, na noite do dia 18 para o dia 19 de fevereiro deste ano. Muitas delas ainda na luta pelo direito à moradia e à vida, mediante um estado que tem a necropolítica por projeto em sua estrutura.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao afeto sempre presente de minha mãe, Cida, do meu pai, Jeder e de minha irmã, Jessica. Mesmo que na maior parte do tempo distantes geograficamente, o incentivo e amor de vocês me permitiu chegar até aqui (falo sobre a vida acadêmica e a vida existencial). Agradeço ao Victor e a Lorena, meu sobrinho e sobrinha, tão queridos que mal consigo dimensionar o quanto me auxiliaram em cada gesto, mesmo sem saber, a concluir esse mestrado. Agradeço ao tio Jura (in memoriam), que se despediu de nós (desse plano) no ano passado, mas foi, e continua sendo, fundamental para eu prosseguir... o senhor sempre será lembrado!

Agradeço à todos os demais familiares, sem distinção (tios, tias, primos, primas e agregados/as); tenho um orgulho imenso de fazer parte de uma família que desde sempre buscou, e ainda hoje busca, o sustento nas roças, nas construções, nas limpezas, nos serviços braçais a base de suor e de muita luta. Faço um agradecimento especial à minha prima, Andrea Luísa, mulher preta, a primeira da família (e única até então) a adentrar na Universidade Pública e concluir o mestrado, abrindo os caminhos pelos quais eu trilho hoje. Você é referência, eu te amo, obrigado por tanto.

Agradeço às/aos usuários/as e colegas de atuação dos CAPS pelos quais passei ao longo da trajetória profissional, àqueles comprometidos com a luta antimanicomial, antirracista e à favor da política de redução de danos e dos direitos humanos. Agradeço às/aos colegas e professores(as) do Programa de Pós-graduação em Estudos da Condição Humana (PPGECH), bem como às/aos colegas do grupo de pesquisa Educação, Territórios Negros e Saúde (ETNS), sempre tão queridos/as e acolhedores, com destaque à Elisa, com quem compartilhei risadas e angústias, vocês realmente foram uma família nesse percurso.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Rosana Batista Monteiro, pela parceria e confiança, para além do incentivo e da compreensão frente todos os meus desafios pessoais nesses anos de pesquisa. Agradeço também à Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos e ao Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia, pelas arguições na qualificação que foram precisas ao trabalho que se apresenta hoje.

Agradeço aos coordenadores dos CAPS de Campinas e às/aos participantes que se dispuseram com tanto zelo para me auxiliar nessa pesquisa.

Agradeço aos meus antepassados, que vem abrindo caminhos mesmo antes de eu conceber essa noção!

**“Periferias, vielas, cortiços
Você deve tá pensando o que você tem a ver com isso
Desde o início, por ouro e prata
Olha quem morre, então, veja você quem mata...”**

Racionais MC’s

RESUMO

Este trabalho tem como tema o (des)conhecimento de profissionais universitários da saúde mental, em relação à saúde da população negra. Investigou quais conhecimentos os(as) diferentes profissionais universitários(as) que integram as equipes multidisciplinares de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuíam em relação a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a relação com seus processos formativos (na graduação e na educação permanente) e a atuação profissional. A hipótese era de que a maioria dos(as) profissionais não possuíam ou possuíam pouco conhecimento sobre a PNSIPN, uma vez que os cursos de graduação e de educação permanente não têm incorporado conteúdo relativo à política ou ao que determina as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das relações étnico-raciais e para o ensino de História e Cultura afro-brasileira e africana (DCNERER). O referencial teórico se fundamenta, principalmente em intelectuais que discutem saúde, saúde mental, racismo e colonialismo, a saber, Frantz Fanon, Lélia Gonzalez, Deivison Mendes Faustino, Rachel Gouveia Passos dentre outros. A pesquisa envolveu levantamento bibliográfico e documental; aplicação de questionário e realização de entrevistas com oito (8) profissionais universitários(as), de diferentes áreas de conhecimento, atuantes em dois CAPS geridos pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no município de Campinas-SP, sendo autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Parte-se da reforma psiquiátrica no Brasil, da desconsideração das especificidades da população negra que determinam a proposição de uma política voltada a tal grupo, de que negros(as) estão percentualmente mais representados(as) nas instituições de atendimento à saúde mental, desde os manicômios até os atuais CAPS. Em que pese que a discussão dos determinantes sociais implica na maior vulnerabilidade da população negra, incluindo os efeitos psicossociais do racismo, constata-se que a implementação da PNSIPN ainda é um desafio e que há ausências de sua discussão nos cursos de graduação, pós-graduação e/ou educação permanente. Os dados revelaram que a maioria dos profissionais não tinha conhecimento avançado sobre a política, que os cursos de graduação e pós-graduação não proporcionaram formação sobre relações étnico-raciais, saúde da população negra e temas afins, e que a formação profissional é determinante sobre se o profissional terá uma atuação antirracista ou não. O conhecimento sobre determinantes sociais em saúde e saúde da população negra implica nas práticas dos(as) profissionais universitários(as) das equipes multidisciplinares na saúde mental investigadas que deveriam considerar as características próprias e diversas da população atendida, tais como aspectos culturais, étnicos e raciais. Observou-se que o racismo institucional se reflete em práticas e comportamentos discriminatórios nas rotinas de trabalho. Também se constatou que a experiência de vida, de profissionais que se autodeclararam negros(as) e que vivenciam o racismo implica na forma de atuação; que a educação permanente pode ser aliada fundamental na capacitação em saúde da população negra para uma atuação profissional antirracista; e que é urgente que as universidades incorporem as DCNERER e a PNSIPN em seus cursos de graduação e pós-graduação, bem como, as gestões municipais e instituições de saúde cumpram com suas responsabilidades frente a capacitação dos profissionais.

Palavras-chave: População negra; saúde mental; racismo institucional; formação universitária; PNSIPN.

ABSTRACT

This paper has as theme the (lack of) knowledge regarding the health of black population by university professionals of mental health. It researched what knowledge the different university professionals who integrated multidisciplinary teams in two Psychosocial Attention Centers (CAPS) had related to the National Policy of Black Population Integrative Health (PNSIPN), its relation to their qualification processes (both in the undergraduate and permanent qualification) and professional performance. The considered hypothesis was that most professionals did not have or had little knowledge regarding PNSIPN since undergraduate and permanent qualification courses have incorporated neither the content related to the previously mentioned National Policy nor what is determined by the National Educational Curriculum Guideline to the Education Related to Ethnic-Racial Relationships (DCNERER) as well as Afro-Brazilian and African History and Culture. The theoretical reference is mainly founded in intellectuals who discuss health, mental health, racism and colonialism, such as Frantz Fanon, Lélia Gonzalez, Deivison Mendes Faustino, Rachel Gouveia Passos and others. This work includes bibliographic and documental research, questionnaire application and interviews (authorized by the Research Ethics Committee) with eight (8) university professionals from different areas of knowledge who work in two different CAPS managed by the Dr. Cândido Ferreira Health Service in Campinas/SP. It begins with the Brazilian Psychiatric Reform, the disregard with specificities of the black population which determine the proposal of a policy to that group, that black people have a higher percentage of representation in institutions of mental health service, from asylum to the current CAPS. Although the discussion of social determinants means a greater vulnerability of the black population, including psychosocial effects of racism, it is found that the implementation of PNSIPN is still a challenge and there is absence of its discussion in undergraduate, postgraduate courses and/ or permanent education. Data revealed that most professionals did not have advanced knowledge regarding the national policy, undergraduate and postgraduate courses did not provide education on ethnic-racial relationships, health of the black population and related topics and the professional qualification is determining whether or not the professional will have an anti-racist performance. The knowledge of social determinants of health and the health of the black population imply in university professionals' practice of multidisciplinary teams in mental health which were investigated and should consider the unique and diverse characteristics of the served population, such as cultural, ethnic and racial aspects. It was observed the institutional racism is found in practice and discriminatory behavior in the work routine. Furthermore, it was also observed that the life experiences of professionals who declare themselves black and face racism imply in their practice; the permanent qualification can be the fundamental allied in preparation to an anti-racist practice in the health of black population; also, it is urgent the universities incorporate the DCNERER and PNSIPN in their undergraduate and postgraduate courses as well as local governments management and health institutions fulfill their responsibilities regarding the professional qualification.

Keywords: black population; mental health; institutional racism; university education; PNSIPN

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico sobre os conhecimentos.....	86
Figura 2 - Gráfico sobre formação dos profissionais.....	87
Figura 3 - Gráfico sobre atuação profissional.....	87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Linha do tempo sobre saúde da população negra.....	49
Quadro 2 - Níveis em escala crescente.....	84
Quadro 3 - Compilação dos dados coletados.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANC - Assembleia Nacional Constituinte

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CECO - Centro de Convivência

CNPIR - Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

CS - Centros de Saúde

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNERER - Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e ensino de história e cultura afro-brasileira e africana

DENEM - Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina

DST/aids - Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FHO-Uniararas - Fundação Hermínio Ometto

GT - Grupo Temático

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexuais, Assexuais, Aliados.

MIR - Ministério da Igualdade Racial

MNU - Movimento Negro Unificado

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIB - Produto Interno Bruto

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PPP - Projeto Político Pedagógico

PTI - Projeto Terapêutico Individual

PTS - Plano Terapêutico Singular

PUC-Campinas - Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RTs - Residências Terapêuticas

Salesiano - Centro Universitário Salesiano de São Paulo

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SEPPIR - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SIDRA - Sistema IBGE de Recuperação Automática

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinasc - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SISNOV - Sistema de Notificação de Violências

SRTs - Serviços Residenciais Terapêuticos

SSCF - Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TO – Terapeuta Ocupacional

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFMS - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UH - Unidades Habitacionais

UNA-SUS - Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Unesco - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNESP - Universidade Estadual Paulista

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UNIP - Universidade Paulista

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 A ancestralidade que conduz à luta e a pesquisa.....	17
2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS	25
2.1 Aspectos históricos da reforma e a inserção do tema racismo.....	25
2.2 Contribuições de intelectuais negros(as) na temática de saúde mental e relações étnico-raciais no Brasil.....	34
3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, A FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL	47
3.1 A formação em saúde e seus atravessamentos.....	52
4. RAÇA, RACISMO E INSTITUIÇÕES DE INTERNAÇÃO	62
5. CAMPINAS, CÂNDIDO, OS CAPS: CARACTERIZAÇÃO E HISTÓRICO	72
5.1 Aspectos históricos e geográficos de Campinas.....	72
5.2 Cândido Ferreira e o pioneirismo de Campinas no campo da saúde.....	75
5.3 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - caracterização territorial e escolha do lócus....	78
6. OS (DES)CONHECIMENTOS DOS(AS) PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS(AS) ATUANTES NA SAÚDE MENTAL SOBRE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA	81
6.1 Do conhecimento político e especificidades de saúde.....	88
6.2 Das contribuições no processo formativo.....	93
6.3 Da atuação frente a elaboração do PTS, da consideração das especificidades e dos aspectos identitários.....	99
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A.....	123
APÊNDICE B.....	125
APÊNDICE C.....	127

1.INTRODUÇÃO

A colônia do meu quintal

Dentre tantos espaços, espaços estes de tempo e lugar
Fico eu, se é que realmente fico, se é que em movimento
Meio dissidente, nem homem (que é branco), nem negro, buscando me orientar
Buscando nas migalhas do tempo, da história, das memórias, dos fragmentos

É que, sabe... meu lugar é de privilégio, por ser não “negro” e por ser homem
Não o homem (branco) que não é o negro, o homem que não é mulher
Entretanto, nos espaços que ‘não são’ para mim, os olhares me consomem
Mas, tanto faz, o que é ser consumido hoje se na infância me faltava na colher?!

Dentre tantos antepassados, passados antes ocupados por fome de lutar
Se encontra uma negra retinta, debaixo da poeira do tempo
Encontrada nas minas das memórias coletivas, depois de muito garimpar
Casada com um português, relação retrato do Brasil. Eu, lamento...

Subalterna, os ouvidos do espaço tempo fecharam-se para ela
Apagado foi seu nome, já não tem mais família, sua história não é mais dela

Dela, além de tantos outros não “tão negros”, nasceu Francisco
Passa o espaço, passa o tempo, umbandista, curandeiro
Saía à caça das ervas em tenra noite, sumia no mato como um cisco
Vejam, lá vem samba, roda de violão, o homem típico afro-brasileiro

Esquizofrênico, as portas do manicômio abriram-se para ele
Apagado foi seu nome, já não tem mais família, sua história não é mais dele

O espaço e tempo se incumbem de ditar quem se é
O homem (que é branco) “inventa” o negro, o ocidente “cria” o oriente
Desse modo se alimentam, coexistem, epoché
E nesse palco, esvaem os inventados... os dissidentes

O Cristo entra, se apaga a africanidade
Europa entra, desaparece a negritude
Coloniza-se a vida, se desfigura a humanidade
Nessa toada, não se cogita o humanismo como uma virtude

Dentre tantos espaços, espaços estes de tempo e lugar

Fico eu, se é que realmente fico, se é que em movimento
 Meio dissidente, nem homem, nem “negro”, buscando me orientar
 Buscando nas migalhas do tempo, da história, das memórias, dos fragmentos...

Me acho em um fragmento que foi parar no acaso acadêmico
 Dos passos que vem de longe, dou ouvidos à negra retinta, bisa Umberlina, a gritar...
 Do manicômio ecoa a voz de meu falecido avô Francisco, curandeiro
 Em coro, os antepassados clamam a esse corpo, nem homem (branco), nem “negro”:
 Decolonizar!

1.1. A ancestralidade que conduz à luta e a pesquisa

Após formação como bacharel em psicologia no ano de 2014, iniciei minha carreira no acompanhamento de pessoas nos serviços públicos, primeiramente no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e após no Sistema Único de Saúde (SUS), no qual ainda permaneço. Nesse período vou me deparando com uma realidade outra, comparada à minha formação universitária. Formação essa de base eurocêntrica e elitizada, característica dos cursos em psicologia no país, baseada majoritariamente em conteúdos de homens-brancos-europeus, pensada para o atendimento de pessoas brancas, que refletem a estrutura colonialista nesses espaços (Veiga, 2019), e que por consequência, não abarcava na matriz curricular as especificidades da população com a qual me deparei após formado - população essa majoritariamente negra. Desta forma, começo a questionar a ausência de outras referências e outras epistemologias, apesar de reconhecer a importância das contribuições de autores clássicos para a saúde mental.

Esse incômodo me levou a pesquisar mais sobre outros modos de atuação, que abarcasse as especificidades e demandas existentes no sistema público de saúde a qual se somou à minha inquietação pertinente à minha ascendência familiar. Meu avô paterno, de nome Francisco, era um homem negro e até então, o que se comentava a respeito de seu falecimento, resumia-se no discurso de que ele havia adoecido e que, após internado, veio a óbito. Em uma oportunidade, durante um diálogo com meu pai, ele retomou um trecho triste da história de meu avô, me contando que ele sofria de sintomas compatíveis ao transtorno de esquizofrenia, ouvia vozes alucinatórias, apresentava delírios de que estava sendo perseguido e que pessoas estavam indo à sua busca, escondendo-se debaixo da cama e apresentando comportamentos que fugiam à realidade. Meu pai contou que quando meu avô apresentava essas crises, a família se reunia e o levavam ao hospital psiquiátrico Vera Cruz¹, no município

¹ Manicômio que se localizava no município de Sorocaba-SP, funcionando neste modelo por mais de meio século, até meados de 2010. O maior do Brasil no início desse século, produtor de inúmeras violências e

de Sorocaba no estado de São Paulo, onde meu avô ficava internado, durante meses até receber alta. Relatou que em um desses episódios, que seria o último, o conduziram novamente ao Vera Cruz e semanas depois receberam a notícia de que ele havia falecido, sem oferecer uma causa exata, sendo, portanto, o motivo desconhecido.

À época dessa conversa, eu atuava em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade e já me inteirava das discussões sobre as violências institucionais na história dos hospitais psiquiátricos, especialmente voltadas às pessoas negras. Me deparar com tamanha violência vivida por meu avô, um corpo negro, morto em um dos principais manicômios da América Latina, ao qual atribuo que não foi digno por não atestar o motivo de sua morte, e da violência do racismo sofrida, que se estendeu à minha família quando passou a silenciar o ocorrido, me inquietou ainda mais. Assim, desde então decidi me aprofundar nas pesquisas voltadas ao tema do racismo e da saúde da população negra, mais especificamente da saúde mental, como forma de compreender como se estruturam tais violências na sociedade e galgar meios de desconstrução e reformulação de cuidado dessas pessoas e das políticas públicas.

No decorrer dos anos, vou me debruçando no questionamento da práxis da psicologia e dos serviços de saúde mental, refletindo sobre a ausência, na minha formação, da abordagem de questões étnico-raciais, até propor a pesquisa que resulta neste trabalho, no qual problematizo quais conhecimentos possuem os(as) profissionais universitários(as) de diferentes áreas de conhecimento, atuantes na saúde mental nos CAPS geridos pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no município de Campinas-SP, em relação a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

Uma vez inseridos nos serviços de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), todas as pessoas devem ter seus direitos garantidos e para tal cada uma tem seu Plano Terapêutico Singular (PTS), que visa atender e respeitar suas particularidades, valorizando suas raízes culturais, histórico de vida e demais singularidades, conforme preconiza a proposta do movimento de desinstitucionalização. Esse plano é desenvolvido pelos profissionais de referência, juntamente com a pessoa e/ou seus familiares.

Tendo isso em vista, considera-se de suma importância que sejam desenvolvidos PTSs que contemplem, de fato, as questões pessoais de cada ser, compreendendo que seus modos de sofrimentos têm importantes atravessamentos histórico sociais, visando resgatar, sobretudo das pessoas que ficaram por anos institucionalizadas em manicômios, todas as características de personalidade que foram “apagadas” no processo de massificação. Por outro lado,

violações de direitos humanos, tornava a região conhecida como o maior polo manicomial do país, somado a outros três de menor potencial (Surjus, 2018).

reconhecendo o racismo como estruturante das instituições diversas e relações sociais, temos como hipótese que a construção do PTS dificilmente considerará às questões étnico-raciais em jogo nas relações entre profissional e usuário, do que decorre outra hipótese, de que a formação dos profissionais da saúde/saúde mental não abarca conteúdos que propiciem uma educação antirracista e a desconstrução dos racismos.

Deste modo, infere-se que um processo formativo que permita aos profissionais universitários a apreensão da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a consequente problematização do racismo institucional, sejam fundamentais para uma atuação antirracista dos serviços de saúde mental e, assim, possam se estabelecer estratégias de construção de PTSs que considerem, para além das questões particulares de cada indivíduo, o reconhecimento e a implicação pessoal do profissional, no modo como a instituição se configura a partir do racismo estrutural, das hierarquias e lugares de privilégio. Para além disso, esse trabalho pode contribuir com o debate sobre os efeitos do racismo estrutural, relacionados à experiência cotidiana de atuação profissional nos serviços públicos de saúde mental, mais especificamente os CAPS, consequentemente, com a problematização e aprimoramento das políticas públicas voltadas, especificamente, à saúde mental da população.

A relevância deste trabalho justifica-se pela urgência de compreender o quanto os(as) profissionais universitários(as) de saúde mental estão apropriados à PNSIPN, que se apresenta como principal documento orientador nos cuidados em saúde da população negra, que permite refletir e questionar os atravessamentos do racismo institucional e as implicações de uma atuação que considere os aspectos étnico-raciais. Entende-se que uma formação que contemple tais aspectos, pode propiciar aos profissionais atuantes da saúde mental, a possibilidade de problematização desse lugar e permite repensar a oferta do serviço de modo que a atuação seja, prioritariamente, antirracista.

Portanto, considerando a hipótese da permanência do racismo institucional nos serviços públicos de saúde e do pressuposto de que os espaços formativos, na graduação, pós-graduação e na educação permanente, não tem considerado estratégias de combate ao racismo em articulação à luta antimanicomial, e que tais aspectos têm implicado em uma atuação profissional que não considera os importantes aspectos étnico-raciais que se estabelecem e formam a sociedade, buscamos compreender o que sabem e a relação entre o (des)conhecimento dos(as) profissionais universitários(as) de saúde mental que atuam em CAPS na cidade de Campinas, sobre PNSIPN, sobre as questões étnico-raciais e como isso se reflete na atuação.

Deste modo, dentre os objetivos deste trabalho destacamos: investigar o conhecimento dos(as) profissionais universitários(as) de CAPS sobre a PNSIPN, as especificidades da saúde da população negra e os determinantes sociais que produzem as vulnerabilidades deste grupo da população brasileira; conhecer em que medida, os cursos de graduação, pós-graduação e/ou educação permanente, realizados por esses profissionais, contribuíram ou não, para a compreensão dos determinantes sociais que implicam na maior vulnerabilidade da população negra e dos efeitos psicossociais do racismo; e compreender a atuação dos(as) profissionais universitários(as), considerando as características próprias e diversas da população atendida nos CAPS em Campinas.

A PNSIPN contempla, dentre várias responsabilidades das esferas, a necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde quanto às questões de saúde da população negra. Investigar os conhecimentos que profissionais universitários(os) de diferentes áreas de conhecimento, atuantes em CAPS, possuem (ou não) implica buscar conhecer se temas relacionados a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), foram abordados em seus processos formativos, na graduação e formação e educação permanente. Também implica compreender como isso influencia na atuação dos(as) profissionais em relação ao cuidado e garantia de direitos das pessoas atendidas e como os(as) profissionais mobilizam (ou não) conhecimentos sobre racismo institucional e saúde da população negra.

A literatura consultada inicialmente sugere que são poucos(as) os(as) teóricos(as) negros(as) estudados(as) nas academias do país. Deste modo, considerando o histórico e o importante recorte racial no processo de manicomialização da população negra, infere-se que desenvolver pesquisas e o resgate de teóricos(as) negros(as) no processo de formação na graduação das diferentes áreas de conhecimento, seja um movimento necessário para que se possa fomentar a valorização e o consumo das produções desses(as) teóricos(as) e para que as complexidades raciais existentes na sociedade e diversas instituições sejam cada vez mais contempladas. Neste sentido, esperamos contribuir com os estudos no campo da saúde da população negra, com destaque para a atuação profissional em saúde mental, tendo em vista que, apesar de ser considerada uma área emergente, nota-se que são escassos os materiais publicados sobre a PNSIPN voltados à saúde mental, e/ou, mais especificamente, à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), uma vez que a maior parte dos estudos sobre a reforma psiquiátrica, não versam sobre a atuação profissional antirracista e não consideram as questões étnico-raciais que perpassam nossa estrutura social, como demonstraremos mais adiante.

No processo de construção deste trabalho, com o intuito de realizar uma discussão precisa e, ao mesmo tempo, adequada ao que o tema das relações raciais exige, optou-se pela abordagem qualitativa em seu desenvolvimento metodológico. Tal abordagem tem como elemento essencial o estudo de caso, debruçando-se a estudar relações complexas e, por este caminho, compreende que o método deve ser flexível, adequando-se ao objeto de estudo. Esse modelo, não se restringe a um único método padronizado, pelo contrário, se abre a possibilidade de agregar novos dados ao longo do processo (Gunther, 2006). Atendendo a metodologia da pesquisa qualitativa, pretendeu-se valorizar o contexto de formação dos participantes, bem como a historicidade do objeto de estudo (Gunther, 2006). Deste modo, num primeiro momento realizamos levantamento bibliográfico, documental e revisão de literatura em dois caminhos: o primeiro sobre o que tem sido pesquisado e publicado a respeito da PNSIPN relacionado à atuação profissional na saúde mental; e o segundo sobre o que tem sido pesquisado e publicado a respeito da formação dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar de saúde mental.

Para a revisão de literatura foi acessada a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, o Catálogo de Teses e Dissertações CAPES e a SCIELO (Scientific Electronic Library Online), para recuperarmos teses, dissertações e artigos científicos relacionados ao tema da pesquisa.

Os termos de indexação empregados foram “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”; “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” AND “saúde mental”; “saúde mental da população negra”; “saúde mental” AND “população negra”; “PNSIPN”; “racismo” AND “saúde mental”; “racismo” AND “CAPS”; “ensino superior” AND “saúde da população negra”; “ensino superior” AND “étnico-raciais” AND “saúde”. Foram encontrados 220 documentos e, após análise, selecionados os dez de maior relevância para compor a corpus da pesquisa (Apêndice - A). Alguns outros textos relacionados ao tema compuseram o escopo teórico.

Ainda como parte da metodologia, foi realizado um levantamento para obter informação sobre quais regiões do município de Campinas-SP, se concentra o maior número de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas para, assim, ser feita a escolha dos centros de atenção psicossocial (CAPS) geridos pelo serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira que atendem tais territórios. Tal levantamento foi feito através do Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA)² e pelo site da vigilância socioassistencial do município de Campinas.

² Sistema IBGE de Recuperação Automática. Disponível em : <<https://sidra.ibge.gov.br/home/pimpfbr/brasil>> Acesso em: 01 de fev. 2022

Identificados os serviços, foi feito contato com o Cândido Escola, apresentação do projeto e solicitação das devidas autorizações para a realização da pesquisa.

Os gestores de cada CAPS foram contatados, foi realizada apresentação do pesquisador e da intenção da pesquisa aos(as) profissionais com formação superior que foram convidados(as) a participar. Num primeiro momento, não foi levado em conta o quesito raça/cor, e foi estabelecido, o limite de no mínimo quatro e no máximo sete profissionais por CAPS. Caso o número de adesões ultrapassasse o pré-estabelecido, seriam considerados critérios para seleção dos(as) mesmos(as), a saber: multidisciplinaridade, na tentativa de que os(as) participantes fossem de diferentes áreas de formação; gênero, privilegiando a participação diversa; e o quesito raça/cor, favorecendo a multiplicidade de acordo com a autodeclaração dos(as) interessados(as). Os(as) participantes foram esclarecidos(as) sobre a pesquisa e mediante a concordância, foi enviado e-mail à estes(as) profissionais universitários(as), em que foram convidados(as) a responder um questionário contendo dez perguntas (Apêndice B) para obtenção de informações pessoais e sobre sua formação e, após, realizado encontro individual, na forma virtual (utilizando plataforma *Google Meet*) para realização de entrevista oral com seis perguntas (Apêndice C) relacionadas ao conhecimento sobre a PNSIPN, racismo institucional, prática profissional e elaboração do PTS.

Os dados colhidos foram organizados, transcritos, categorizados e analisados de modo a responder à pergunta da pesquisa e seus objetivos. A análise dos dados coletados foi feita à luz dos objetivos e diretrizes estabelecidos na Política Nacional de Saúde Integral da População negra, das recomendações para cuidado em saúde mental e elaboração de plano terapêutico estabelecidas nas portarias 336/02, que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS e 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial, bem como do referencial teórico obtido na etapa do levantamento bibliográfico e da revisão de literatura, que foi utilizado no entendimento de como deve ser a atuação dos profissionais em saúde mental que considere as especificidades das pessoas; e em que medida a formação inicial e/ou educação permanente tem considerado conteúdos relacionados às especificidades da saúde da população negra, as implicações dos determinantes sociais e o combate ao racismo.

A construção do referencial teórico deste trabalho se pauta, principalmente, nas ideias e postulações de teóricos(as) negros(as). Consideramos importante essa retomada, no intuito de fazer um movimento decolonial de evidenciar autores(as) negros(as) silenciados(as). Nesse movimento histórico resgatamos nomes, de diferentes áreas de conhecimento, que tiveram papel crucial para se pensar a saúde da população negra no país, como a cientista social

Virgínia Bicudo, o médico psiquiatra Juliano Moreira e a filósofa e antropóloga Lélia Gonzalez. Outros(as) estudiosos(as) compõem a trama de conceitos para a discussão e articulação dos dados coletados, como o psiquiatra e filósofo martinicano, Frantz Fanon (ano), com sua proposta de se pensar o racismo a partir do colonialismo, e pesquisadores contemporâneos como Rachel Gouveia Passos, Deivison Nkosi Faustino, Rosana Batista Monteiro e Luís Eduardo Batista.

Desta forma, o presente trabalho está organizado em seis capítulos:

Introdução, na qual trazemos as motivações pessoais da pesquisa e uma contextualização prévia do assunto a ser abordado.

Segundo capítulo apresentamos um panorama geral da história da reforma psiquiátrica e de como foi a inserção do tema do racismo nesse contexto. Para tanto fazemos um resgate histórico dos movimentos sociais negros envolvidos nessa construção. Também resgatamos três precursores(as) negros(as) que foram determinantes e inovadores para se pensar a saúde/saúde mental da população negra no país, são eles: Virgínia Bicudo, Juliano Moreira e Lélia Gonzalez;

No terceiro, apresentamos os principais marcos políticos do estabelecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), a relevância de seu conteúdo e suas contribuições relacionadas à formação dos(as) profissionais da saúde. Apresentamos também os textos encontrados através revisão de literatura, parte da metodologia, que versam sobre a temática da atuação e formação profissional e iniciamos uma discussão sobre as problemáticas relacionadas ao descumprimento das leis por parte das universidades no país, que tem prejudicado a formação desses profissionais.

No quarto capítulo, discutimos a construção social do conceito de raça, considerando as estratégias utilizadas pelos teóricos à época para estigmatizar as pessoas negras, retomando historicamente como isso se estabeleceu na sociedade. Nos utilizamos de Frantz Fanon, no intuito de debater o estabelecimento do racismo por meio do colonialismo. Portanto, abordamos raça e as formas de racismo (institucional, científico e estrutural) a partir do colonialismo, problematizando a função da construção de raça no projeto de institucionalização/manicomialização da população negra em hospitais psiquiátricos ao longo das décadas.

No quinto capítulo fazemos contextualização do lócus de pesquisa, descrevendo o município de Campinas, através de um resgate de seu histórico escravista, considerando sua construção capital e configuração territorial ao longo dos anos. Partindo do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, retomamos o pioneirismo de Campinas no campo da saúde e da reforma

psiquiátrica para, por fim, falarmos sobre os Centros de Atenção Psicossocial. Nesse processo, apresentamos dados levantados através do IBGE e site da prefeitura de Campinas, demonstrando as características territoriais dos dois CAPS participantes da pesquisa, justificando a escolha da região.

No sexto capítulo apresentamos os dados coletados através do questionário e das entrevistas e os discutimos a partir dos referenciais teóricos citados, fazendo análise sobre o conhecimento dos participantes a respeito da PNSIPN e das especificidades de saúde da população negra; sobre a formação acadêmica e educação permanente de tais profissionais; e sobre a atuação dos mesmos frente a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) e dos aspectos identitários na relação com os usuários.

Finalizando os capítulos, apresentamos as considerações finais.

2. REFORMA PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS.

Neste capítulo, serão abordados os acontecimentos históricos na tentativa de contextualizar o processo da reforma psiquiátrica no país e de como as violências institucionais, voltadas às pessoas com transtornos mentais, foram se estruturando ao longo das décadas. Também traremos informações de como se insere nesse processo a discussão sobre saúde da população negra e os marcos políticos relacionados. Buscamos ainda apresentar as contribuições de intelectuais negros e negras que atuaram e pesquisaram em diferentes áreas de conhecimento, sendo determinantes para a compreensão das consequências do racismo, especialmente para a saúde da população negra, dentre outras.

2.1 Aspectos históricos da reforma e a inserção do tema racismo

A reforma psiquiátrica refere-se a um movimento que teve início na Europa, na segunda metade do século XX, com destaque à Itália, em que se questionava o modelo existente de tratamento da loucura e se propunha uma nova forma de cuidado (Brasil, 2013). Na época, o modelo de tratamento proposto às pessoas com transtornos mentais, era hospitalocêntrico, ou seja, resumia-se à internação em manicômios, de modo que as mesmas ficavam afastadas de suas famílias e da comunidade. Tal movimento questionava este modelo de tratamento homogêneo, em que, devido ao longo período de internação, o sujeito perdia sua liberdade e identidade, culminando em um processo de cronificação do quadro (Sade, 2014); além de manter um processo excludente e um modelo de tratamento que impactava diretamente na subjetividade dos pacientes que ali se encontravam, havendo históricos de violação dos direitos humanos (Yasui, 2006). Violações estas, que de acordo com Basaglia, eram autorizadas através das relações de poder que se estabeleciam nessas instituições:

Há médicos, aventais brancos, enfermeiros e enfermeiras, como se tratasse de um hospital, mas na realidade, se trata somente de um lugar de custódia, onde a ideologia médica é um alibi para a legalização de uma violência, que nenhuma organização está destinada a controlar, já que a delegação feita ao psiquiatra é total no sentido de que a técnica encarna concretamente a ciência, a moral e os valores do grupo social do qual ele é, na instituição o delegado representante (Yasui, 1986. p.2).

A construção da reforma na Itália teve como principal precursor o psiquiatra Franco Basaglia. Nascido em 1924 em Veneza, provinha de uma família que reconhecia o Estado Fascista e ainda jovem, se contrapondo a este Estado, se aliou ao movimento político antifascista, denominado Resistência. Devido a traição de um companheiro do movimento, ficou detido durante 6 meses em um presídio de Veneza.

Após deixar a prisão Basaglia, formou-se em medicina e com aproximadamente 35 anos obteve a livre docência em psiquiatria. Nesse ínterim desenvolveu importante atividade intelectual, produzindo e publicando escritos científicos em que versava sobre diversos transtornos mentais. Em 1961 passou a atuar no manicômio de Gorizia e a questionar aquele modelo asilar, permeado por violações de direitos e violências, para então propor e lutar por um modelo de cuidado que humanizasse tais pessoas (Serapioni, 2019).

Basaglia criticava veementemente a função, dita reabilitadora, das prisões e dos manicômios. Sua experiência pessoal o levou a comparar tais instituições e o faz afirmar que:

Se a finalidade reabilitadora de ambas as instituições fosse real, haveria detentos e internados reabilitados e felizmente reincorporados ao contexto social. Isto ocorre muito raramente, dado que o ingresso em uma ou outra destas instituições marca, em geral, o começo de uma carreira cuja evolução e consequências bem conhecemos. A afinidade formal entre estas duas instituições parece, então, realizar-se somente no plano negativo. Mesmo que as novas interpretações tendam a justificar ou explicar em termos de dinâmica psicossocial tanto a falta como a enfermidade, a realidade das instituições nas quais ambas são relegadas continua baseando-se no conceito de culpa a expiar, a pagar por meio do castigo, inclusive no caso da enfermidade (Basaglia, 1986. p.5).

O processo de reforma na Itália se deu a duras penas, e conforme afirmou Basaglia (1986):

Prisão, manicômio e tortura somente poderão mudar se forem modificadas as estruturas de base, das quais estas instituições são os pilares. Isto se confirma pelo fato de que, a nível teórico, se fala sempre da necessidade de sua transformação, ao passo que, no plano prático, cada proposta é obstaculizada e reprimida violentamente. A resposta repressiva a cada proposta de transformação prática garante a manutenção do “status quo”, ao tempo que, esta resposta qualifica a própria transformação, o que continua demonstrando como esta não se limita a uma simples resposta técnica a um problema especializado (Basaglia, 1986. p.9).

Para além dos questionamentos ao modelo vigente e apesar de todos os obstáculos ao longo da história, a reforma italiana se destaca por iniciar a proposta de um novo modelo de tratamento em que as pessoas pudessem ser cuidadas fora dos hospitais, com acompanhamento em dispositivos localizados nas proximidades de seu local de residência, tendo suas demandas atendidas e sua condição de cidadania garantida (Hirdes, 2009).

Esse modelo vai tomando forma com a atuação de Basaglia no Hospital Psiquiátrico de Trieste, na década de 1970. Iniciam-se atividades com os pacientes fora do hospital, com vistas a desinstitucionalização e são organizados serviços de saúde no território, nomeados centros comunitários, que ofereciam hospitalidade aos pacientes, dia e noite, acolhendo as demandas dessas pessoas com transtornos mentais, evitando assim que novos pacientes

fossem inseridos no modelo asilar e preparando uma rede de serviços para o encerramento definitivo dos manicômios que viria acontecer em 1978 (Serapioni, 2019).

Na reforma psiquiátrica o modelo europeu, especialmente o italiano, é tomado como referência única, porém, concomitantemente, na Argélia, esse modelo hospitalocêntrico também vinha sendo criticado pelo psiquiatra Frantz Fanon (2020b), que no contexto de um país colonizado pela França, denunciava a diferenciação de tratamento dos internos brancos em comparação aos negros.

Frantz Omar Fanon, nascido em Fort-de-France, na Martinica, no ano de 1925, foi um filósofo e psiquiatra negro que dedicou sua vida a compreender as consequências desastrosas do colonialismo na psique das pessoas negras. Boa parte de sua luta se deu nesse hospital psiquiátrico na Argélia, o qual chefiou na década de 1950. De acordo com Faustino (2016), pesquisador que tem se dedicado aos estudos da vida e obra de Fanon, o revolucionário psiquiatra, foi acometido por leucemia e faleceu aos 36 anos de idade, em 1961. Porém, apesar de jovem, deixou escritos fundamentais que nos remete a reflexão sobre as consequências do colonialismo nos dias atuais (Faustino, 2018).

Faustino (2016) descreve que Fanon denunciou o uso corriqueiro das camisas de forças nos pacientes, que passou a ser usada somente em casos extremos e deu liberdade para que esses pacientes saíssem e entrassem das salas quando quisessem. Sendo responsável também por proporcionar um modelo de tratamento em que os atendidos podiam desenvolver atividades no território e desfrutar das relações interpessoais fora do hospital.

Passos (2018) destaca que Fanon é mencionado por Basaglia, nas últimas páginas de um de seus livros, sobretudo valorizando a postura revolucionária de romper com a instituição na Argélia, mediante os mecanismos de colonização, sujeição e opressão dos indivíduos. Entretanto, questionamos a pouca visibilidade empregada à Fanon, tendo em vista a influência do mesmo com relação à reforma psiquiátrica.

No Brasil, desde o começo do século XX, os manicômios se caracterizaram por ser lugares de confinamento, exclusão e de extermínio, apresentando elevada taxa de mortalidade, em torno de 80% a 90% (Bento, 2002). A reforma psiquiátrica no Brasil tem seu marco no ano de 1987, no II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, no município de Bauru – São Paulo; influenciada pela reforma psiquiátrica da Europa, sobretudo da Itália, e pautada por movimentos sociais anteriores aqui no país. O congresso em questão resultou em um manifesto com o tema “Por Uma Sociedade Sem Manicômio” para reivindicar mudança da política manicomial da época e garantir os direitos básicos às pessoas com transtornos mentais (Albuquerque, 2017).

Como resultado de todo o processo de luta dos trabalhadores da saúde mental junto aos movimentos sociais, ao longo desses anos, em 2000 se instituíram os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), pela Portaria/GM nº 106 (Brasil, 2000) e foi sancionada em 2001 a lei nº 10.216, que diz da reforma psiquiátrica em âmbito nacional, reforçando a importância de ações que visem garantir os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Hirdes, 2009). Além disso, a política nacional de saúde também instaurou no ano de 2002 os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pela portaria 336/02, serviços territoriais voltados ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, inclusive dos moradores dos SRTs.

Em que pese os movimentos em torno da Constituição Federal de 1988 e a defesa por políticas públicas, especialmente na saúde, que observassem os direitos sociais equitativos, ou mais especificamente, no caso da reforma psiquiátrica, a defesa pelos direitos humanos, observamos que a Portaria/GM nº 106 e lei nº 10.216/2001, não trazem em seu escopo a atenção às especificidades da população negra.

Nesse contexto, considerando a construção de uma rede de cuidado territorial em saúde mental formada pelos serviços citados, se instituiu, em 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria nº 3.088 (Brasil, 2011). No ano de 2014, todas essas portarias foram consideradas como base justificante para a criação do Programa de Desinstitucionalização, que reforça a necessidade dos cuidados do público-alvo visando sua saída dos hospitais psiquiátricos, com a capacitação dos profissionais e serviços atuantes na área para tal, pela Portaria nº 2840 (Brasil, 2014).

Os SRTs entraram como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e passaram a acolher os moradores de longa data desses locais, sem familiares para acolhê-los e que não fosse possível obter condições para morarem sozinhos; por este motivo esses espaços são chamados também de moradias e/ou residências terapêuticas (RTs). Baseado em serviço territorial e de base comunitária, a principal premissa das RTs é garantir a inserção social desses moradores, indo ao encontro da nova política de saúde mental da década de 1990, pautado na Declaração de Caracas (Almeida; Cezar, 2016). A declaração afirma, logo em seus primeiros itens,

I. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica ligada à Atenção Primária de Saúde e nos marcos dos Sistemas Locais de Saúde permite a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais; 2. Que a reestruturação da atenção psiquiátrica na região implica a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços (OPAS, 1990).

Este processo, de inserção social das pessoas desinstitucionalizadas, apresenta-se como um grande desafio, tendo em vista o estigma e preconceito voltados à loucura. Para além, acrescentamos a diferenciação social estabelecida pela questão racial, relacionada à população negra, categoria central neste trabalho.

Paralelamente ao Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental, ocorrido em Bauru, em um momento histórico demarcado pela Assembleia Nacional Constituinte (ANC) de 1987-1988, diferentes movimentos sociais demandaram direitos e incidiram sobre os marcos legais do Estado, ressaltando a necessidade da garantia de saúde para todos. Dentre estes movimentos, destacamos os movimentos negros que reivindicaram políticas públicas que institucionalizassem o enfrentamento do racismo.

É a partir desse momento que posteriores lutas por implementação efetiva de leis e políticas públicas, bem como de sua regulamentação, se ensejaram demarcando a real inserção do tema do racismo na agenda governamental brasileira e, conseqüentemente, o negro, passa a ser reconhecido como um sujeito político (Batista et al., 2020).

Como afirma Batista et.al. (2020),

[...] no processo da ANC o movimento sanitário, que demanda saúde para todos, e o movimento negro, que reivindica direitos e políticas públicas capazes de enfrentar o racismo. Quanto ao primeiro, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 é a expressão máxima da sua conquista: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). Quanto ao segundo, para Santos (2015) e Lima (2010) a ANC é de fato o momento em que o tema do racismo se insere na agenda governamental brasileira, tornando o negro, então, sujeito político. As inclusões no texto constitucional referentes à questão ensejaram posteriores lutas por regulamentação e efetiva implementação de políticas e leis (Batista, 2020, p.3).

No ano de 2001 foi realizada a III Conferência Internacional contra o Racismo, Homofobia e as Intolerâncias Correlatas. Ocorrida em Durban, África do Sul, mobilizou significativamente as ações do Brasil (Faustino, 2017), resultando na criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)³ em 2003, que tinha como objetivo enfatizar o cuidado às populações negra, indígena e cigana, através da proposta de políticas públicas de promoção de igualdade racial, conforme seu art. 2º:

³ Atual Ministério da Igualdade Racial (MIR), órgão da administração pública federal direta, que dentre suas atribuições compete elaborar políticas e diretrizes destinadas à promoção da igualdade racial e étnica; políticas para quilombolas, povos e comunidades tradicionais e políticas de ações afirmativas e combate e superação do racismo. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/orgaos/ministerio-da-igualdade-racial>. Acesso em: 05 de jun. 2023.

À Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial compete assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas e diretrizes para a promoção da igualdade racial, na formulação, coordenação e avaliação das políticas públicas afirmativas de promoção da igualdade e da proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, com ênfase na população negra, afetados por discriminação racial e demais formas de intolerância, na articulação, promoção e acompanhamento da execução dos programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados, voltados à implementação da promoção da igualdade racial, na formulação, coordenação e acompanhamento das políticas transversais de governo para a promoção da igualdade racial, no planejamento, coordenação da execução e avaliação do Programa Nacional de Ações Afirmativas e na promoção do acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem o cumprimento dos acordos, convenções e outros instrumentos congêneres assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à promoção da igualdade e de combate à discriminação racial ou étnica, tendo como estrutura básica o Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial - CNPIR, o Gabinete e até três Subsecretarias (Brasil, 2003).

Do diálogo entre a SEPPIR com o Ministério Público, realizou-se o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra e criou-se o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Batista et al., 2020) pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1678, de 13 de agosto de 2004, ao qual competia às seguintes atribuições, de acordo com seu art. 1º:

I - sistematizar propostas que visem à promoção da equidade racial na atenção à saúde; II - apresentar subsídios técnicos e políticos voltados para a atenção à saúde da população negra no processo de elaboração, implementação e acompanhamento do Plano Nacional de Saúde; III - elaborar e pactuar propostas de intervenção conjunta nas diversas instâncias e órgãos do Sistema Único de Saúde; IV - participar de iniciativas intersetoriais relacionadas com a saúde da população negra; e, V - colaborar no acompanhamento e avaliação das ações programáticas e das políticas emanadas pelo Ministério da Saúde no que se refere à promoção da igualdade racial, segundo as estratégias propostas pelo Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial – CNPIR, criado pela Lei nº 10.678, de 22 de maio de 2003 (Brasil, 2004).

Destaca-se novamente a relevante participação dos movimentos negros, na reivindicação em diálogo e pressionando o Estado, propondo pautas relacionadas a qualidade dos serviços de saúde e educação, para que levassem em conta as especificidades da população negra (Batista; Barros, 2017). Tais articulações propiciaram significativo avanço no reconhecimento das questões institucionais das disparidades raciais em saúde, gerando importantes diálogos entre representantes da gestão pública e movimentos sociais vinculados à saúde (Faustino, 2017).

No tema em questão, houve desde o início dos anos 1980, o protagonismo do movimento de mulheres negras através de encontros e publicação de estudos, que tinham como objeto de atuação o tema da esterilização e através disso, participaram efetivamente na construção da proposta da equidade racial junto às burocracias do SUS, em ações que se estabelecem desde a redemocratização. A influência das ativistas negras vão desde uma

perspectiva interseccional sobre as questões de vida das mulheres negras, no que diz respeito a construção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres; passa por um momento de fortalecimento do movimento que, se distinguindo dos movimentos negro e feminista, da visibilidade as condições de vida das mulheres negras; e no decorrer das décadas é definitivo para o estabelecimento as políticas voltadas à garantia dos direitos de saúde da mulher e população negra (Milanesi, 2020).

Werneck e Lopes nos auxiliam na compreensão de alguns processos fundamentais desse contexto:

Até o início da década de 90 o movimento de mulheres negras tinha o direito à saúde como uma de suas prioridades de luta. A partir do que 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. Logo no início da década são desenvolvidas duas importantes campanhas nacionais, gestadas e disseminadas por este movimento, juntamente com as organizações negras mistas (de mulheres e homens). A primeira intitulada "Não Matem Nossas Crianças", denunciava o extermínio de crianças e jovens negros empreendidas por grupos paramilitares (chamados grupos de extermínio) ou por forças do Estado (as polícias) nos diferentes centros urbanos do país. [...] Naquele mesmo ano [1990] tem início a Campanha Nacional contra a Esterilização em Massa de Mulheres Negras com o slogan "Esterilização de Mulheres Negras: Do Controle da Natalidade ao Genocídio do Povo Negro", sob a liderança do Programa de Mulheres do Centro de Articulação de Populações Marginalizadas do Rio de Janeiro (Werneck; Lopes, p.10, 2010).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) e em 2009 a mesma é instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, com vistas à promoção da equidade em saúde, a qual abordaremos mais detalhadamente no próximo capítulo. Apesar de todo o avanço preconizado pela reforma psiquiátrica no país, nota-se uma lacuna, da não consideração dos aspectos étnico-raciais na formulação das portarias e políticas, após a PNSIPN ter sido instituída.

De acordo com Batista, Escuder e Pereira (2004), cada vez mais, aumenta a compreensão de que raça/cor são marcadores importantes na organização da sociedade e seus desdobramentos cotidianos e, à medida que esses determinantes se tornam objeto de investigação dos estudos, explicita-se a necessidade de fomentar o debate e se pensar estratégias políticas para o cuidado da população negra.

Segundo Batista e Barros (2017), as desigualdades raciais e as consequentes iniquidades⁴, que impactam a condição de vida da população negra, passam a ser evidenciadas a partir da inclusão do quesito cor em 1996, nos sistemas de informação do SUS, nos

⁴ Entende-se por iniquidades, de acordo com a proposta dos autores em questão, a maneira como a sociedade se estrutura a partir do racismo, interferindo nos desfechos de doença, saúde e morte da população.

cadastros, de mortalidade e de nascidos vivos, possibilitando a realização de estudos que, pelos dados epidemiológicos, detalharam, a partir do sexo, idade e raça/cor, as diferenças de morbidade e mortalidade.

É a partir desses estudos que se registra a disparidade da mortalidade de pessoas negras em comparação às pessoas brancas, de modo que se explicita o quanto o racismo na sociedade é demarcador de condição de morte e vida. Nesse sentido, Batista, Escuder e Pereira (2004) afirmam:

Há uma morte negra que não tem causa em doenças; decorre de infortúnio. É uma morte insensata, que bule com as coisas da vida, como a gravidez e o parto. É uma morte insana, que aliena a existência em transtornos mentais. É uma morte de vítima, em agressões de doenças infecciosas ou de violência de causas externas. É uma morte que não é morte, é mal definida. A morte negra não é um fim de vida, é uma vida desfeita, é uma Átropos ensandecida que corta o fio da vida sem que Cloto o teça ou que Láquesis o meça. A morte negra é uma morte desgraçada (Batista; Escuder; Pereira, 2004, p.635).

Apesar das contribuições obtidas desde a implantação do quesito raça/cor pelo Ministério da Saúde em 1996, ainda há necessidade de se estudar os efeitos psicossociais do racismo. Esse tema é imprescindível para se compreender quais os agravos relacionados ao processo de saúde e doença mental e, desta forma, pensar também em metas de cuidado em saúde mental, estratégias de reabilitação psicossocial e de inclusão social. Infere-se que ainda não há conhecimento e/ou não se dá a devida importância dessa variável como determinante social no processo de saúde/doença mental da população, bem como, quando se olha para a configuração e reprodução de iniquidades sociais, a dimensão étnico-racial não é reconhecida como central nesse processo (Silva et al., 2017).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), somados a outros serviços da rede de saúde, são os dispositivos responsáveis pelo cuidado à saúde mental da população. De acordo com Silva et. al. (2017), ao realizarem pesquisa de revisão de literatura científica relacionada a perfil de usuários dos CAPS e coleta de quesito raça/cor, não haviam estudos sobre o acesso da população negra aos CAPS; o que, para os autores, evidenciaria que os serviços da área de saúde pouco se utilizam do quesito raça/cor para a caracterização das pessoas inseridas nesses espaços.

Este trabalho, elaborado por Silva et al. (2017), demonstrou que, dos 17 artigos selecionados, apenas três utilizaram a variável raça/cor na descrição dos usuários e apesar disso, tais dados não foram discutidos, denotando que o tema é considerado irrelevante para muitos pesquisadores.

Em estudo publicado por Carvalho et al. (2022), que se valeu do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) para analisar dos dados referentes à variável raça/cor dos pacientes internados nos hospitais de 2008 a 2021, os autores destacaram que:

No Brasil, em 2008, 35,4% das internações tiveram o campo raça/cor não informado e esse valor reduziu para 23,3% em 2021. As regiões Sul e Sudeste foram as que apresentaram os menores valores de “não informado” ao longo da série 2008-2021: 12,3% e 19,3%, respectivamente, em 2021 (Carvalho et al, 2022, p.4).

Se torna delicada a tarefa de demonstrar a defasagem de preenchimento da variável raça/cor nos serviços de saúde no SUS, sobretudo nos CAPS, uma vez que são escassas as pesquisas que versam sobre o tema e, possivelmente, são poucos os serviços que o fazem. A pesquisa de Carvalho et. al.(2022), ainda aponta as limitações do estudo devido os dados disponíveis até o momento em que foi produzido e ressalta a importância de se melhorar o processo de coleta e preenchimento do quesito raça/cor, entendendo que a qualificação de tais informações, possibilita o reconhecimento da realidade e o desenvolvimento de políticas públicas com vistas à redução das iniquidades.

As desigualdades estão presentes na sociedade e se agravaram nos últimos anos devido a pandemia por Covid19 e por uma administração política do país que dificultou o acesso da população aos seus direitos básicos de subsistência; deste modo é necessário pensar e elaborar políticas públicas que objetivem diminuí-las gradativamente e que altere as adversidades vividas pela população negra no país.

Neste sentido, utilizar-se do quesito raça/cor nos instrumentos de saúde é fundamental para que se gere evidências científicas do racismo como produtos de iniquidades e sofrimento psíquico⁵. A junção das investidas dos movimentos sociais e os estudos nesse tema contribuem para o avanço da construção das políticas públicas de saúde e, conseqüentemente, para a atuação dos serviços e gestão dos mesmos (Silva et al., 2017).

É notório que a defasagem de informações cadastrais, referentes ao acesso das pessoas nos serviços de saúde, sobretudo nos de saúde mental, dificulta sobremaneira o planejamento e construção de estratégias de resistência política e de ações para implementação da PNSIPN, logo, o primeiro passo talvez seja investir esforços em implementar definitivamente o quesito

⁵ A coleta do quesito raça/cor é uma exigência que remonta os anos 1990 quando da publicação no Diário Oficial da União, em 14/01/1999, da Portaria nº 3.947/GM e que, considerando a necessidade de estabelecer de padrões comuns mínimos que possibilitem a intercomunicação dos sistemas e bases de dados na área da saúde, define como dados complementares para o reconhecimento das pessoas assistidos nos sistemas de informação, dentre outros a raça/cor, de acordo com critérios do IBGE. Mais tarde, em 2017, a Portaria MS 344, determina em seu Art. 1º: A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena."

raça/cor nesses espaços de cuidado. Compreender que os processos de adoecimento físico e mental estão atrelados às iniquidades, a vulnerabilidade social e ao racismo é urgente; portanto a avaliação dos processos de inclusão e garantia dos direitos em saúde dessas pessoas se faz necessária e só é possível através do levantamento de dados.

Em se tratando da reforma psiquiátrica, apesar da participação efetiva dos movimentos negros, as demais leis e portarias da saúde desconsideram o quanto o racismo foi determinante, ao longo da história, para o “asilamento” das pessoas negras e, mesmo depois da reforma, ainda resulta em violências e iniquidades específicas voltadas a essa população. Olhando para isso e pensando no histórico de criação do racismo, da eugenia, da psicopatologização da cultura e costumes da população negra, dentre outros atravessamentos do contexto, entende-se que há muito a ser aprimorado no tema, de modo a fomentar as discussões e pesquisas que contemplem a formação do profissional da saúde, sobretudo dos serviços de saúde mental e fomentem a valorização de uma atuação implicada quanto ao racismo institucional, as iniquidades e especificidades de saúde da população negra.

2.2. Contribuições de intelectuais negros(as) na temática da saúde mental e relações étnico-raciais no Brasil.

Antes mesmo da referida reforma psiquiátrica e da proposição da política de saúde integral da população negra, pelos movimentos negros, três intelectuais negros(as) podem ser tomados(as) como referência pela contribuição nas pesquisas/reflexões e práticas outras, no campo saúde mental e das relações étnico-raciais no Brasil, entre o final do século XIX e meados do século XX. Virgínia Leone Bicudo, Juliano Moreira e Lélia Gonzalez (dentre outros(as)) contribuíram significativamente para a temática, por seu envolvimento político, pioneirismo e inovação na atuação, considerando em suas análises a questão racial de acordo com a época e contexto que viveram.

Virgínia Bicudo nasceu em São Paulo, em 21 de novembro de 1910 e ao longo de sua vida e de seu processo formativo nas escolas pelas quais passou, vivenciou a discriminação racial que a mobilizou a criar estratégias de compreender o racismo no campo intelectual, e a impulsionou a cursar Ciências Sociais na Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo. Formou-se em 1938 sendo a única mulher entre os formandos. De acordo com Abrão (2014) é nessa época que se aproxima da psicanálise.

Santos (2018) afirma que a intelectual, em seu campo de atuação e através da inserção na psicanálise, se interessou e iniciou pesquisas a respeito das relações raciais através das experiências infantis, observando que as relações sobre os comportamentos de cada grupo e

entre eles, recebem influência determinante dos estereótipos, que se estabelecem como uma importante realidade psicológica para as relações.

Bicudo defendeu seu mestrado na Escola de Sociologia e Política de São Paulo, em 1945, onde era professora assistente de Psicanálise e Higiene Mental. (TEPERMAN; KNOPF. 2011). Intitulada “Estudo de Atitudes Raciais de Pretos e Mulatos em São Paulo”, a primeira no país a abordar a questão racial, reúne sua inquietação pessoal e um pensamento inovador, deslocando a discussão racial do caráter meramente biológico, evidente na época, e enfocando as condições culturais e sociais, desvelando o seu pioneirismo no debate do tema (Abrão, 2014). O racismo, descrito como uma experiência de dor e que na infância, para se proteger, a recolhia no ambiente familiar, determinou sua escolha por pesquisar a questão racial diferindo do interesse intelectual pela temática de outros pesquisadores de sua geração⁶ (Teperman; Knopf, 2011).

Em seu mestrado investigou as atitudes raciais de pretos e mulatos, considerando que a ação de cada indivíduo expressa a sua natureza própria em interação com as vivências sociais. É marcante e inovador, para a época, o olhar de Bicudo para problematizar em suas pesquisas as atitudes dos indivíduos no âmbito social. Como reforça Silva (2011), a autora parte da construção social do sujeito ao pensar em atitude, construção esta que contém em si o indivíduo, assim sendo:

Opta por pensar no registro da socialização do cotidiano das relações raciais. Os processos educacionais e seus ambientes (familiares e escolares); os constrangimentos das trajetórias pessoais e os destinos sociais de seus entrevistados; os contatos estabelecidos pelos sujeitos na rua, na cidade, em interações privadas e públicas (casas de famílias, escritórios, cafés, cassinos, bailes, festas, etc.); as estratégias afetivas e matrimoniais, visando fortalecer o grupo ou anulá-lo (casamentos para escurecer ou branquear a raça); as percepções acerca dos sentimentos de beleza, dos afetos, do sofrimento, de inferioridade ou igualdade; os bons e maus modos, públicos e privados, etc. Parte, assim, da esfera micro para o macro, sem perder de vista o sujeito social (Silva, 2011, p. 437).

Participou de pesquisa financiada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), sobre as relações raciais no Brasil, entre 1951 e 1952, reconhecida como determinante para a produção de pesquisas sociais no Brasil, em que trouxe sua reflexão sobre as formas de socialização operacionalizadas a partir das diferenças raciais (Santos, 2018).

⁶ A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), financiou diversas pesquisas que buscavam compreender as relações raciais no Brasil, nos anos de 1951 e 1952. Dentre os nomes envolvidos nessas pesquisas, constam Fernando Henrique Cardoso, Octavio Ianni e Florestan Fernandes, com investigação atrelada à cadeira de Sociologia I da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP (Maio, 1999).

Em 1955 foi para Londres dando continuidade a seus estudos, tendo contato com analistas significativos da época, como Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion, dentre outros. Realizou cursos na British Society e na Tavistock Clinic (Teperman; Knopf, 2011).

O enfoque preventivo em saúde mental foi uma marca determinante de Bicudo que divulgou princípios relativos à criança. Seu método tinha por objetivo orientar pais e educadores, a partir de manifestações sintomáticas das crianças, se afastando da proposta de eugenia (Abrão, 2014). De acordo com Santos:

Sua investigação é resultado de estudos exemplares e pioneiros que culminaram no aprimoramento da prática da pesquisa social com crianças e, na nossa visão, pode também ser encarada como precedente da mudança epistemológica que marcou a chamada sociologia da infância na década de 1980, uma vez que permite questionar a inserção de crianças na vida social da cidade de São Paulo dos anos 1950, bem como o problema das “relações raciais” (Abrão, 2018, p. 1197).

Virgínia Bicudo divulgou seu trabalho, em jornais, revistas e na rádio, disseminando a psicanálise e os resultados de seus estudos; proferia palestras, entrevistas e cursos (Teperman; Knopf, 2011). Seu protagonismo se dá em um contexto delicado, considerando sua condição racial e de gênero. Como afirma Abrão:

A partir do final da década de 1930 e particularmente durante a década de 1940, o papel da mulher na sociedade urbana, entendido a princípio como uma extensão da figura masculina, primeiro do pai e depois do marido, começou a ser questionado, de forma que a mulher passa a reivindicar uma identidade social que passa, obrigatoriamente, pelo reconhecimento profissional. A inserção da psicanálise no Brasil, neste período, contribuiu não só para que muitas mulheres encontrassem uma identidade profissional como psicanalistas, mas também, de forma bem mais abrangente, trouxe à tona o debate relativo à sexualidade e às relações de gênero. [...] Neste contexto, Virgínia Bicudo soube aproveitar o momento histórico em que estava inserida, e adotar uma postura de vanguarda em relação a seus contemporâneos (Abrão, 2014, p. 221).

Sua trajetória está diretamente atrelada ao estabelecimento da psicanálise e das ciências sociais no país integrando a geração de intelectuais da época (Santos, 2018) e sendo reconhecida publicamente, como uma psicanalista bem-sucedida. Ousada, aproveitou as oportunidades de sua vida profissional e pessoal, em uma época em que a formulação do movimento psicanalítico em São Paulo possibilitava a inserção de analistas não médicos (Abrão, 2014). Seu prestígio no meio da psicanálise, deriva das iniciativas inovadoras e da investigação na área da infância, que estimularam discussões na criação e estruturação da profissão de psicólogo e afixou a psicanálise na área da prevenção em saúde mental (Abrão, 2014). Teperman e Knopf (2011), em texto biográfico sobre Virgínia Bicudo, destacam:

Virgínia, que tem uma grande facilidade de se expressar e comunicar com paixão o que pensa e sabe, dedica-se a divulgar a psicanálise e também se preocupa em transmitir conhecimentos básicos que possam auxiliar pais e educadores na compreensão das necessidades emocionais da criança em seu desenvolvimento. Seu programa *Nosso Mundo Mental*, na Rádio Excelsior, é ontológico: na técnica de radioteatro, monta episódios com temas do cotidiano das famílias, que ficam assim conhecendo conceitos como inconsciente, agressividade, inveja, ciúme, culpa, fantasia, amor, ódio, de maneira compreensível para elas, e recebem noções sobre como lidar com a dinâmica desses fatores. Ela é, então, uma grande comunicadora, precursora na utilização de recursos da mídia [...] (Teperman e Knopf, 2011, p. 72).

Como analista, didata e supervisora, Virgínia Bicudo marcou diretamente ao menos duas gerações de profissionais que atuavam com psicanálise. Teve significativa influência na América Latina, lecionou na Universidade Nacional de Brasília e junto a outros colegas, instituiu a sede do Instituto de Psicanálise em Brasília, onde passou a viver (Teperman; Knopf, 2011).

Silva (2011) arrisca dizer que Virgínia antecipa, em quase 10 anos, a discussão sobre os processos mentais e sociais, que Frantz Fanon publicaria em 1952, em seu memorável estudo *Pele Negra, Máscaras Brancas*⁷. De acordo com a autora, Virgínia Bicudo,

[...] discute o indivíduo e o sujeito social, do âmbito psicológico e das relações sociais. Faz isso, como visto, entre 1941 e 1944, defendendo sua tese em 1945. Se, no título da dissertação e livro, aparecem explicitamente o mulato e o preto, vale dizer que o branco é um personagem oculto, mas um ausente extremamente presente. Discutir as atitudes de pretos e mulatos, norteado pela ideia de mudança social, significa também discutir o branco, suas atitudes e pensar em mudá-lo, bem como as instituições e processos sociais que brancos, negros e mestiços forjaram. Foi o branco quem escravizou o negro, foi ele quem o classificou como social e racialmente inferior, quem lhe conferiu e o fez embutir uma série de estereótipos negativos, quem orquestrou uma Abolição complicada e quem, na nova ordem social, lhes impõe lugares delimitados. São o negro e o mestiço quem têm que se haver com a criação das categorias do branco, quem têm de lidar com seus destinos e operar social e mentalmente com os processos e categorias coletivas que lhes foram impostas (Silva, 2011, p. 441).

Bicudo (1945) percebe que apesar dos esforços para os estudos e trabalho, a ascensão ocupacional não garantia às pessoas pretas o status social que as pessoas brancas obtinham, o que Fanon (2008) também problematizaria em seus estudos, sobretudo relatando sua experiência pessoal na França. A valorização do caráter histórico, social e cultural, é característica marcante nas publicações de Virgínia Bicudo desde o início de sua vida profissional. Diz ela:

⁷ Antes de ser publicado, esse texto, que tinha por título *Ensaio sobre a desalienação do negro*, foi a primeira versão apresentada por Fanon no curso de psiquiatria da Faculdade de Medicina de Lyon, como trabalho de conclusão do curso. Nele, Fanon trabalha com a noção de sociogenia, articulando psicanálise e filosofia, problematizando o racismo antinegro na França e suas consequências na subjetividade de brancos e negros. À época o texto foi rejeitado por seu orientador pelo fato de desafiar as convenções da psiquiatria (Faustino, 2022).

O prêto, transportado para o Brasil a fim de suprir as necessidades do trabalho escravo, era disperso pelas plantações de cana de açúcar, sendo, portanto, colocado em condições que favoreciam a perda mais rápida de sua organização social e cultural. Por outro lado, através de contato primário com o “senhor”, ou na “casa grande” estava em situações propícias para assimilar outra cultura (Bicudo, 1945. p. 212).

Interessante notar que o olhar abrangente sobre as questões humanas, que fugiam do viés biologizante vigente à época, enfocando nos aspectos sociais, estava presente também nas obras e atuação de Juliano Moreira, que se pautava em um modo científico baseado na igualdade racial, projetando a organização da sociedade de modo que, o povo brasileiro com suas características de miscigenação, estivesse incluso no conceito universalista de desenvolvimento. Pensamento esse que se diferenciava e muito do que seria convocado e utilizado para fundamentação, a partir dos anos 1920, ao movimento eugênico no país. (Venâncio, 2004)

Juliano Moreira concluiu o curso de medicina precocemente, aos 18 anos, em 1891 na Faculdade de Medicina da Bahia (El-Bainy, 2007) (Sanglard; Claper, 2021). Tinha perfil de liderança e se destacava nas instituições nas quais passava, tendo se tornado professor da Faculdade de Medicina da Bahia aos 23 anos (El-Bainy, 2007) e de acordo com Sanglar e Claper (2021), no ano de 1903, assumiu o cargo de Diretor Geral da Assistência a Alienados do Distrito Federal e de diretor do Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, nos quais permaneceu até o ano de 1930.

Durante esse período publicou textos em vários campos como psiquiatria clínica, nosografia, psiquiatria comparada, psicopatologia, todas concentradas na área da neuropsiquiatria (Oda, 2011). Isso o elenca como grande influenciador no desenvolvimento da Neurologia no país e suas publicações e postura como cidadão, carregavam a proposta de luta contra as teorias xenófobas e racistas que vigoravam (Rosso et al., 2021)

De acordo com Portocarrero (2002), o modo de pensar psiquiatria desenvolvido por Juliano Moreira, coloca em questionamento a fundamentação teórica do século XIX, provinda da Europa e defendida até então, inaugurando um debate científico entre os alienistas e novas teorias passam a ser discutidas na psiquiatria. Essa discussão caracteriza uma nova forma de se pensar o fazer psiquiátrico nas primeiras décadas do século XX e cria um movimento em torno do qual os principais psiquiatras da época se organizam. Para a autora, isso se configura como um real momento de ruptura, em que através da crítica e posterior abandono das teorias e práticas precedentes, constrói-se um novo modelo.

Venâncio (2004) afirma que o ilustre psiquiatra, com um rigor científico que lhe era particular, divulgava os trabalhos relacionados a doenças típicas dos climas quentes,

produzidos na Europa, no entanto, questionava a rigidez com que tais doenças eram relacionadas ao clima e a raça. De acordo com a autora:

Juliano Moreira atestava que, embora houvesse uma diferença entre nós e os países europeus – dada por nossas ainda incipientes condições sociais – tal diferença não era irrefutável, podendo ser aplacada pela construção de uma sociedade mais civilizada. O que estava em jogo era a prospecção de sociedade em que, pelas vias da educação e da produção de um meio social saudável, os indivíduos poderiam se constituir como moralmente iguais e passíveis de serem influenciados por uma moralidade civilizada; combatendo-se, dessa forma, as diferenças irreduzíveis presentes apenas na dimensão físico-orgânica dos indivíduos. O pensamento de Juliano Moreira sobre a dimensão físico-orgânica das doenças mentais, suas causas e evolução, coadunava-se com uma perspectiva inovadora para o pensamento psiquiátrico brasileiro. Tratava-se da defesa de um projeto de sociedade moralmente igualitária e profilática em relação às possíveis diferenças físico-orgânicas individuais que, apesar de poderem atingir uma parcela da população, eram independentes do clima e da constituição racial (Venancio, 2004, p.290-291).

Concordando com Venâncio (2004), Sanglar e Claper (2021) ressaltam a ênfase ao rigor científico presente em Juliano Moreira e a preocupação com uma atuação baseada em uma ciência inovadora que desconstrói uma visão racista da época, quando afirmam que:

Juliano Moreira foi o mentor da assistência e da ciência psiquiátrica e as implementou como dirigente da assistência federal. Promoveu profundas mudanças no Hospício Nacional de Alienados e, com outros psiquiatras e médicos, modernizou e deu dimensão internacional à psiquiatria nacional, provando que as teorias climáticas e raciais imputadas aos doentes mentais no início do século XX não tinham fundamento científico diante do experimentado no Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro. Além disso, o psiquiatra brasileiro garantiu o interesse da prática profissional possibilitando a criação de diferentes espaços para a clínica, pesquisa e ensino, tornando a instituição de assistência o lugar da recuperação e da cura, pela boa prática científica e o adequado exercício profissional (Sanglard; Claper, 2021, p.463-464).

Oda e Dalgarrondo (2000), afirmam que ele mantinha seu foco intelectual, mesmo mediante vivências pessoais de racismo. Em sua trajetória juntou consigo outros médicos de diversas especialidades: pediatria, medicina legal, clínica médica, anatomia patológica etc., que também fariam trajetória na organização e fundamentação na medicina no Brasil.

Medicina esta que começava a se configurar de outra forma no cuidado dos alienistas, com um olhar mais humanizado e início de consideração das especificidades de cada sujeito, do não asilamento, bem como de uma intenção preventiva em saúde mental, como bem aponta Portocarrero (2002):

Com Juliano Moreira e Franco da Rocha, implanta-se um sistema de assistência que ultrapassa os limites da psiquiatria do século XIX, que não se restringe mais a assistir ao louco, no espaço asilar determinado do hospício, mas, ao contrário, procura ser o mais abrangente possível, tentando criar novas modalidades de assistência para contemplar todos os indivíduos, loucos propriamente ditos, ou que

podem se tornar loucos, ou simplesmente anormais. Tal mudança evidencia uma descontinuidade na prática psiquiátrica, uma ruptura entre uma prática baseada no princípio do isolamento no hospício, até o final do século XIX, e um novo modelo, que comporta uma diversidade de formas, não mais necessariamente asilares, como as colônias agrícolas, o manicômio judiciário e a assistência familiar, além do próprio hospício. A nova concepção de hospício reflete o afastamento do princípio de isolamento e a rejeição de certas medidas de repressão física, como as grades e os coletes de força, utilizados anteriormente. (Portocarrero, 2002, p.23).

Oda e Dalgalarondo (2000) contribuem com informações à respeito das mudanças efetuadas, que para além das citadas, incluem a instalação de laboratórios de bioquímica e anatomia patológica no hospital, modificação da equipe profissional, que passa a contar, além de psiquiatras e neurologistas, com pediatria, ginecologia, odontologia e demais especialidades. Juliano Moreira preocupava-se com a formação dos enfermeiros e zelava para garantir os registros clínicos, estatísticos e administrativos.

Visionário e questionador, Juliano Moreira no início do século XX já esboçava seu ponto de vista quanto a prática institucional do asilamento, quando escreve:

O antigo asilo fechado tende a desaparecer, sendo transformado em hospital urbano para tratamento imediato dos casos agudos de alienação mental. Por isso, não lhes é mais permitida a antiga feição de cárcere com as suas pesadas grades e correlatos horrores (Moreira, 1909, p.2).

É perceptível a intenção do mesmo nas discussões sobre doença mental em desfocar o olhar do indivíduo e considerar as questões sociais na avaliação, Venâncio nos auxilia nessa discussão quando afirma:

Em consonância com sua posição na querela sobre a relação entre miscigenação racial e doença mental, Moreira não atribuía ao primeiro termo dessa relação o mal da degeneração. O uso da categoria raças, no plural, servia muito mais como sinônimo de populações e povos do que como expressão de marcas diferenciais que qualificariam grupamentos de indivíduos específicos e os tornariam mais sujeitos à degeneração física e psíquica. Parece exemplar, neste sentido, o fato de que, na descrição subsequente de casos clínicos que apresenta, em nenhum momento estivessem referidas marcas ou descendências raciais, apesar dos inúmeros detalhes físicos incluídos na descrição dos pacientes (Venâncio, 2004, p.297).

Esse olhar possibilita um cuidado que não se limita ao corpo, mas se estende ao território e a articulações políticas. De acordo com Portocarrero (2002) as investidas de Juliano Moreira contam com a proposta de assistência aos alienados que possibilita visitas aos pacientes, bem como passeios ao ar livre e são criadas colônias agrícolas, ao redor do hospital, em que alguns deles passariam a trabalhar, a depender da avaliação da equipe quanto a capacidade para a execução do trabalho e se somam às investidas para que o governo desse

auxílio financeiro aos responsáveis pelo cuidado dos loucos e para a realização de supervisão por profissionais especializados.

O olhar para o caráter social do país, considerando os aspectos raciais e as articulações políticas são, também, marcas presentes nas reflexões de Lélia Gonzalez, intelectual de fundamental importância na reconstrução da democracia brasileira e que também contribuiu para o debate sobre saúde mental e população negra.

Intelectual e ativista do movimento negro, Lélia Gonzalez se destaca por sua militância frente ao sexismo e racismo, meios de violência pelos quais as mulheres negras eram e ainda são subalternizadas. Nasceu em 1º de fevereiro de 1935, na cidade de Belo Horizonte-Minas Gerais e faleceu em 10 de julho de 1994, deixando um legado de extrema relevância para as discussões das problemáticas raciais no Brasil e na diáspora e do papel da mulher negra na sociedade (Geledés, 2012; Vieira, 2015).

Trilhou uma exitosa carreira acadêmica, se graduando em Filosofia, Ciências e Letras, licenciou-se em história e geografia e tornou-se fluente em inglês, espanhol e francês. Para além, fez mestrado em Comunicação e doutorado em Antropologia Política (Geledés, 2012; Vieira, 2015), tendo também atuado como docente nos ensinamentos fundamental e médio, na Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio) na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) (Pires, 2022). Araújo (2022) complementa, destacando que Lélia não se limitou apenas ao espaço acadêmico, mas teve importante papel de militância na configuração do movimento negro no Brasil e participação ativa na reconstrução da democracia brasileira. Através de sua pesquisa sobre a cultura negra como elemento que constitui a sociedade no país, se aproximou de escolas de samba, bailes black e demais manifestações culturais negras.

Pires esboça um pouco sobre os papéis desempenhados por Lélia Gonzalez e de sua relevância:

Tradutora, professora, antropóloga, filósofa, feminista e militante antirracista, a mineira Lélia Gonzalez (1935–1994) transitava da Filosofia às Ciências Sociais, da Psicanálise ao samba e aos terreiros de candomblé. [...] Participou ativamente das lutas contra a ditadura militar, pela redemocratização do Brasil e contra o Apartheid na África do Sul. Foi fundadora do Movimento Negro Unificado (MNU) e da organização Nzinga – Coletivo de Mulheres Negras. Gonzalez colaborou com subcomissões que discutiram o processo constituinte (1986-1988), além de ter integrado o primeiro Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (Pires, 2022, p.1).

No período da redemocratização, o movimento negro se estabeleceu como sujeito político de suma importância nesse processo. Desta forma, as mulheres negras, junto de companheiros que compunham a militância, considerando a importância da educação na descolonização cultural e epistemológica, no processo de reconhecimento étnico-racial e na

conquista de melhores condições de vida e de direitos, elencaram como um dos principais objetivos de emancipação política, o acesso à educação. Campo esse que era uma das preocupações nas abordagens de Lélia Gonzalez (Pires, 2022).

Já na década de 1980 somava publicações que versavam sobre a mulher negra e o feminismo, resgate da história dos movimentos sociais negros no Brasil, os laços culturais entre Brasil e África etc. Produções essas que ganhariam corpo e continuariam sendo publicadas ao longo de sua vida. Como destaca Pires (2022), seus textos tinham como base a Antropologia, Psicanálise e Sociologia, de modo que Lélia Gonzalez, através da mobilização dos variados saberes, tendo como princípio o tema da mulher negra, objetivava compreender as formas de dominação, a experiência da escravidão e as ideologias políticas que reforçam os modelos coloniais culminando nas desigualdades.

Pires (2022) dá destaque às abordagens das quais Gonzales (2020) se utiliza, sendo a psicanálise uma das características marcantes que perpassam a autora:

Na sua produção, destacam-se três abordagens importantes: a decolonial, a interseccional e a psicanalítica. A primeira relaciona-se à sua crítica ao eurocentrismo nas Ciências Sociais e no feminismo ocidental. A segunda refere-se aos estudos em torno das intersecções ou sobreposições de identidades sociais e sistemas de opressão. Essa abordagem tem como referências Angela Davis, Patricia Hill Collins e Kimberlé Crenshaw – responsável por cunhar o termo “interseccionalidade”. A terceira abordagem parte de estudos de Jacques Lacan e Sigmund Freud para uma reflexão interdisciplinar sobre a cultura, especialmente do cotidiano nos espaços do não dito, do interdito e das subversões de linguagem na esfera da reprodução social (Pires, 2022, p.2-3).

Nessa tarefa, Lélia Gonzalez (2020), lançando mão de diversos saberes e campos da história e ciências sociais, traz reflexões sobre o mito da democracia racial, estruturante da sociedade brasileira, relacionando classe, raça e gênero. Articulação esta, a qual foi cunhado o termo interseccionalidades (Oliveira, 2020)⁸. Conforme aponta Cardoso (2014), ela introduz de forma inédita a crítica à categoria de mulher universal e as abordagens de gênero até então desvinculadas de raça/etnia, apontando a existência de violência, exclusão e discriminação existentes.

Tal visão macro e interdisciplinar é expressa por Vinuto (2022), quando afirma que:

A autora nos lembra que territórios empobrecidos são também racializados, o que torna impossível separar a opressão de classe do racismo nesses espaços. Ainda que alguns autores argumentem que é difícil identificar o fator raça como preponderante para a repressão estatal seletiva, já que interage com outros fatores (como renda, anos de estudo ou local de residência), Gonzalez reforça o argumento interseccional

⁸ O termo Interseccionalidades foi cunhado pela autora Crenshaw (2002) muitos anos depois da proposta feita por Lélia Gonzalez. Para compreender mais a fundo, sugerimos a leitura do texto “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”, da autora.

ao defender que dificilmente tais fatores estão materialmente desligados do racismo e, portanto, a análise também não deveria desagregá-los (Vinuto, 2022, p.7).

Oliveira (2020) ainda aponta seu pioneirismo, afirmando que:

Gonzalez, diferente de outros intérpretes do país, pensa de forma relacional os marcadores sociais da diferença classe, raça e gênero, num momento em que essas categorias eram pensadas analiticamente de forma distinta. Além dessa abordagem interseccional a autora propõe uma análise da sociedade brasileira pensando esta em relação e proximidade com o restante da América e com a África. Numa abordagem interseccional e mais ampla possível (Oliveira, 2020, p.103).

Tal análise, está relacionada com as vivências em comum dos homens e mulheres negras(os) na diáspora, bem como às experiências dos(as) indígenas em oposição à dominação colonial, a qual recebeu o termo amefricanidade (Cardoso, 2014). De acordo com Gonzalez (2020):

As implicações políticas e culturais da categoria de amefricanidade (Amefricanity) são, de fato, democráticas; exatamente porque o próprio termo nos permite ultrapassar as limitações de caráter territorial, linguístico e ideológico, abrindo novas perspectivas para um entendimento mais profundo dessa parte do mundo onde ela se manifesta: A AMÉRICA como um todo (Sul, Central, Norte e Insular). Para além do seu caráter puramente geográfico, a categoria de amefricanidade incorpora todo um processo histórico de intensa dinâmica cultural (adaptação, resistência, reinterpretação e criação de novas formas) que é afrocentrada, isto é, referenciada em modelos como: a Jamaica e o akan, seu modelo dominante; o Brasil e seus modelos iorubá, banto e ewe-fon. Em consequência, ela nos encaminha no sentido da construção de toda uma identidade étnica. Desnecessário dizer que a categoria de amefricanidade está intimamente relacionada àquelas de pan-africanismo, négritude, afrocentricity etc. (Gonzalez, 2020, p.122).

E ainda, falando a partir de sua experiência relacionando-a ao constructo social, complementa:

Destacando a ênfase colocada na dimensão racial (quando se trata da percepção e compreensão da situação das mulheres no continente), tentarei mostrar que, dentro do movimento de mulheres, as negras e indígenas são o testemunho vivo dessa exclusão. Por outro lado, com base em minhas experiências como mulher negra, tentarei destacar as iniciativas de aproximação, solidariedade e respeito à diferença por camaradas brancas efetivamente comprometidas com a causa feminista. A essas mulheres exceções eu chamo de irmãs (Gonzalez, 2020, p.126).

Araújo (2022) nos auxilia no entendimento do termo quando diz que:

Ao propor a amefricanidade, Lélia propõe que nos entendamos como nação negra e indígena. A partir dessa compreensão, seria possível construir maneiras efetivas de superação do racismo estrutural, disputando não apenas a identidade da sociedade brasileira, mas também a construção de políticas públicas capazes de superar as consequências dessa omissão. Ao trazer para o centro de sua análise a mulher negra, Lélia propõe que este seja o ponto de vista mais relevante na superação das desigualdades sociais no Brasil - já que é a mulher negra a mãe desse País, e também sua maior vítima. Uma sociedade boa para as mulheres negras seria uma sociedade

igualitária e boa para todos. O feminismo negro proposto por Lélia se caracteriza pela solidariedade e pela busca do bem viver para todos (Araújo, 2022, p.437).

Lélia Gonzalez (2020) traz uma concepção do racismo, a qual ela irá chamar de denegação, em que a ideia de que o branco é universal, leva os demais a negarem sua própria raça. A autora entende que:

O racismo latino-americano é suficientemente sofisticado para manter negros e índios na condição de segmentos subordinados no interior das classes mais exploradas, graças à sua forma ideológica mais eficaz: a ideologia do branqueamento. Veiculada pelos meios de comunicação de massa e pelos aparelhos ideológicos tradicionais, ela reproduz e perpetua a crença de que as classificações e os valores do Ocidente branco são os únicos verdadeiros e universais. Uma vez estabelecido, o mito da superioridade branca demonstra sua eficácia pelos efeitos de estilhaçamento, de fragmentação da identidade racial que ele produz: o desejo de embranquecer (de “limpar o sangue”, como se diz no Brasil) é internalizado, com a simultânea negação da própria raça, da própria cultura (Gonzalez, 2020, p.119).

Em se tratando da análise sobre os danos causados pelas formas de dominação na relação entre colonizador e colonizado, tanto Cardoso (2014) quanto Pires (2022), identificam forte influência do pensamento de Frantz Fanon no modo em que a autora aborda o tema. De acordo com Oliveira (2020), para Lélia só se pode compreender a relação entre dominado e dominador na realidade brasileira, entendendo o racismo e o sexismo enquanto fenômenos articulados. Assim sendo, o racismo como estrutura sintomática que caracteriza a cultura brasileira, o que ela irá nomear, emprestando o termo da psicanálise, por neurose, e o sexismo como produtor das violências, sobretudo, à mulher negra.

O posicionamento de Lélia Gonzalez quanto ao racismo, coincidindo com o de Virgínia Bicudo e de Juliano Moreira, partia não somente da reflexão teórica, mas também da reflexão sobre as experiências vivenciadas, pessoais e profissionais, articuladas a análise da estrutura social. Como a própria autora afirma:

Quando falo de experiência, quero dizer um processo de aprendizado difícil na busca de minha identidade como mulher negra dentro de uma sociedade que me oprime e me discrimina justamente por isso. Mas uma questão de ordem ético-política prevalece imediatamente. Não posso falar na primeira pessoa do singular de algo dolorosamente comum a milhões de mulheres que vivem na região; refiro-me às ameríndias e amefricanas, subordinadas a uma latinidade que legitima sua inferioridade (Gonzalez, 2020, p.126-127).

Vieira complementa a afirmação de Gonzalez em relação às influências no processo de construção pessoal de sua identidade como mulher negra:

Nesta busca de si, encontrou na psicanálise e no candomblé importantes instrumentos para o “descobrimto de sua negritude” e para a construção de uma consciência de gênero. Seus estudos sobre a obra de Lacan influenciou, em grande

medida, a abordagem feita por profissionais brasileiros formados por esta escola (VIEIRA, 2015, p.216).

Cardoso (2014) compreende que ao relatar suas experiências pessoais de reconhecer-se como uma mulher negra, Lélia Gonzalez:

[...] anuncia um processo social de construção de identidades, de resistência política, pois reside na recusa de se deixar definir pelo olhar do outro e no rompimento com o embranquecimento; significa a autodefinição, a valorização e a recuperação da história e do legado cultural negro, traduzindo um posicionamento político de estar no mundo para exercer o papel de protagonista de um devir histórico comprometido com o enfrentamento do racismo (Cardoso, 2014, p.973).

Entretanto, para Gonzalez (2020) tal rompimento com essa estrutura só se faz possível com a tomada de consciência, por parte da população negra, em especial das mulheres negras, de como o racismo se estrutura na cultura brasileira, de forma hierárquica, mantendo a dicotomia de dominantes e dominados. Para tal, far-se-ia necessária a reflexão e a compreensão da africanidade, indianidade e latinidade em que o país se estrutura (Oliveira, 2020).

Nesse sentido, a autora aposta na descolonização do feminismo, pela via da valorização de saberes subalternos. Pois, de acordo com Cardoso (2014) ela acredita que esse movimento pode incitar a construção de teorias nos movimentos feministas que partam das experiências de cada mulher subalterna, que tenham maior proximidade e dialoguem com as mulheres negras, indígenas, brancas pobres, lésbicas.

A construção, provinda do racismo por denegação, criando representações estereotipadas sobre os negros e sobre suas produções (Vinuto, 2022), contribui para a hierarquização de saberes. Conforme aponta Cardoso (2014), o pensamento de Lélia contribui com a proposta de descolonização da produção de conhecimento e do saber:

Criticando a ciência moderna como padrão exclusivo para a produção do conhecimento, vê a hierarquização de saberes como produto da classificação racial da população, uma vez que o modelo valorizado e universal é branco. Disto decorre que a explicação epistemológica eurocêntrica conferiu ao pensamento moderno ocidental a exclusividade do conhecimento válido, estruturando-o como dominante, e inviabilizando, assim, outras experiências do conhecimento (Cardoso, 2014, p.971).

É fundamental a contribuição de Gonzalez (2020) para o avanço das discussões raciais na sociedade brasileira, bem como sua denúncia à estrutura que se coloca a partir da colonização e que delimita as questões sociais, tanto para negros quanto para brancos (sobretudo para as mulheres subalternas). A proposta de Gonzales (2020), em articular classe,

raça e gênero, tem muito a contribuir nos estudos voltados à área da saúde mental e contribui significativamente para a presente pesquisa, uma vez que entende-se a urgência de se considerar as especificidades da população atendida nos serviços do SUS, valorizando o princípio da equidade. Na mesma direção estão Virgínia Bicudo e Juliano Moreira, que para pensar saúde, questionaram os padrões biologizantes de sua época, lançando olhar sobre as problemáticas das relações raciais no Brasil e do quanto o histórico e a estrutura social eram determinantes para se pensar e fazer saúde. É por esse olhar, voltado às estruturas sociais e as relações raciais que estes/as autores/as são imprescindíveis para a discussão que se coloca neste trabalho. Dada a devida importância de suas contribuições, questionamos os motivos pelos quais suas iniciativas não ganharam visibilidade no campo da reforma psiquiátrica e por quais motivos os cursos de graduação em saúde, e profissões afins, bem como a educação permanente/em serviço não os têm incluído nos processos formativos, nos currículos e programas de disciplinas.

3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, A FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL.

Nesse capítulo serão abordadas as construções relacionadas ao estabelecimento da política de saúde da população negra no país, a relevância de seu conteúdo, bem como sua contribuição para a formação dos profissionais da saúde. Trazemos aqui também os dados relacionados à revisão de literatura realizada, fazendo discussão dos achados.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída no ano de 2009, carrega consigo a luta dos movimentos sociais, sobretudo do Movimento Negro, e de profissionais da saúde e da área social implicados com as demandas de cuidados da sociedade brasileira. A PNSIPN firma a compreensão de que os injustos processos culturais e socioeconômicos resultam em iniquidades em saúde, portanto, elencando o racismo como determinante no adoecimento (físico, mental e social), que culmina na morbimortalidade das populações negras no país. A política é um norteador imprescindível, no intuito de que movimentos sociais e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como gestores e conselheiros, atuem considerando o racismo e as vulnerabilidades sociais no processo de saúde/doença.

Em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, preza pela integralidade, equidade e universalidade, bem como pela participação social em sua implementação e construção, objetivando superar as barreiras estruturais existentes nos serviços de saúde que reforçam o racismo institucional no SUS e dificultam o cuidado específico das pessoas negras, que segundo dados de 2008 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), representa 67% da população atendida no SUS (Brasil, 2017).

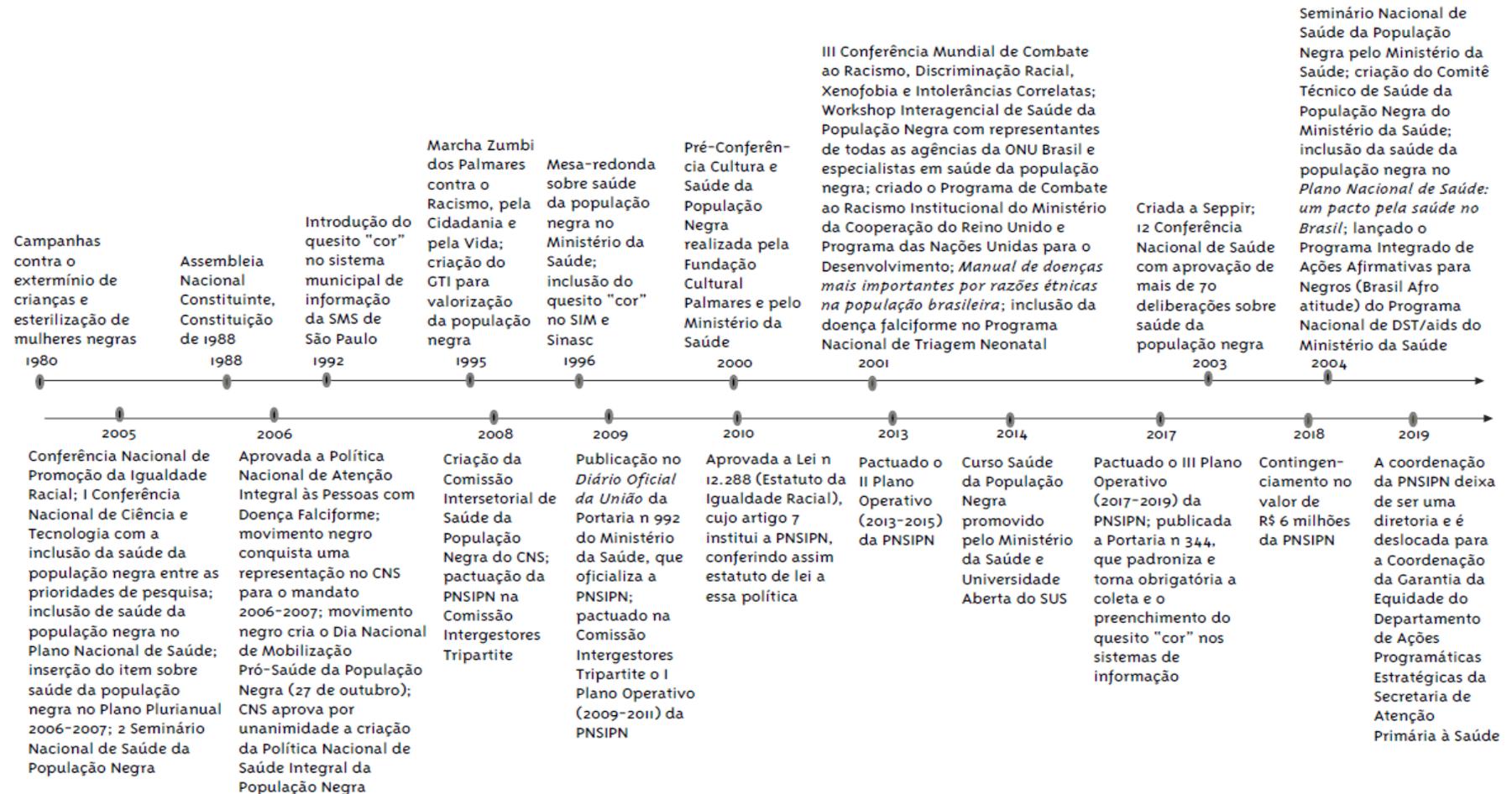
O Movimento Social Negro esteve atuante nas reivindicações pelo acesso ao sistema de saúde em vários períodos da história, intensificando-se na segunda metade do século XX, tendo participação efetiva na geração da Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde (Werneck, 2016). É em 1980 que se dão as primeiras inserções do tema Saúde da População Negra, formuladas por ativistas do Movimento Social Negro e demais pesquisadores, nas ações governamentais (Brasil, 2009); momento este em que são incorporadas demandas do movimento negro, sobretudo do movimento de mulheres negras, por algumas prefeituras (Faustino, 2017).

Há um momento histórico no país, demarcado pela Assembleia Nacional Constituinte (ANC) de 1987-1988, em que diferentes movimentos sociais demandaram direitos e incidiram sobre os marcos legais do Estado, ressaltando a necessidade da garantia de saúde para todos e

o movimento negro reivindica políticas públicas que institucionalizassem o enfrentamento do racismo. É a partir desse momento que posteriores lutas por implementação efetiva de leis e políticas públicas, bem como de sua regulamentação, se ensejaram. Demarcando a real inserção do tema do racismo na agenda governamental brasileira e, conseqüentemente, o negro, passa a ser reconhecido como um sujeito político (Batista et al., 2020).

Ainda de acordo com Batista et al. (2020), as ações sociais e políticas do movimento negro no campo da saúde discorrem ao longo dos anos em diferentes pastas e em 1995, o movimento apresenta uma série de reivindicações de políticas públicas de enfrentamento ao racismo, ao presidente da República à época, a saber, Fernando Henrique Cardoso. Essas reivindicações resultam na criação do grupo de trabalho interministerial (GTI) que tinha como um dos subtemas a saúde, com o objetivo de valorizar a população negra. O autor elabora uma linha do tempo, resgatando os principais marcos relacionados à saúde da população negra no país, dos anos 1980 até a 2009, conforme quadro abaixo:

QUADRO 1 - Linha do tempo sobre saúde da população negra



S: Secretaria Municipal de Saúde; GTI: grupo de trabalho interministerial; SIM: Sistema de Informações sobre Mortalidade; Sinasc: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; ONU: Organização das Nações Unidas; Seppir: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; DST/aids: doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida; CNS: Conselho Nacional de Saúde; PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Fonte: (Batista et al., 2020).

Através das discussões do GTI acima citado, inclui-se um dispositivo imprescindível para a produção de dados de modo a tornar visíveis os impactos do racismo na saúde, bem como denunciar as iniquidades envolvidas nesse processo. Nos referimos aqui ao quesito “cor”, incluso no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) bem como no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (Batista et al., 2020). Importante ressaltar que tal inclusão não seria possível, não fosse as investidas através de décadas de reivindicações do movimento negro (Batista; Escuder; Pereira, 2004), como abordamos no capítulo anterior.

No ano de 2001 foi realizada a III Conferência Internacional contra o Racismo, Homofobia e as Intolerâncias Correlatas. Ocorrida em Durban, África do Sul, mobilizou significativamente as ações do Brasil (Faustino, 2017), resultando na criação da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial em 2003, que tem como objetivo enfatizar o cuidado às populações negra, indígena e cigana, através da proposta de políticas públicas de promoção de igualdade racial. Do diálogo desta secretaria com o Ministério Público, realizou-se o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra e criou-se o Comitê Técnico de Saúde da População Negra (Batista et al., 2020).

A partir desse diálogo, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007) e em 2009, como citado, a mesma foi instituída pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009, com vistas à promoção da equidade em saúde, acentuando o reconhecimento das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais de saúde e, sobretudo, de que o processo de saúde, doença e morte da população negra, são impactados diretamente por suas condições de vida (Faustino, 2017).

A PNSIPN é instrumento imprescindível para garantia de direitos, observando as especificidades do processo saúde/doença da população negra. Vai de encontro às prerrogativas do SUS, no intuito de universalização e equidade no âmbito da saúde pública, buscando complementá-la e aperfeiçoá-la (Faustino, 2017), tendo em vista que ao observar os direitos humanos numa perspectiva universalizante, ficam diluídas as diferenças entre os sujeitos de forma que as questões relativas à raça e etnia, não são consideradas.

Instrumento de importância em relação ao cuidado da saúde da população negra, a PNSIPN reconhece a necessidade da atenção em saúde mental, tendo dois tópicos, referente à estratégia de gestão, que citam tal cuidado, são eles:

V – fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o

acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social; VI – **fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros**, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2017, p.33. Grifo nosso)

A política passou a ter força de lei em 2010, a partir da aprovação da Lei nº12.288 (Brasil, 2010) que instituiu o Estatuto da Igualdade Racial (2010). Elencou-se sua cobertura orçamentária na Lei Orçamentária Anual, com a pactuação da operacionalização das ações e estratégias para sua implementação nos planos operativos e inserção no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual (Batista et al., 2020).

O Estatuto da Igualdade Racial, política afirmativa voltada ao combate das desigualdades, é documento importante que visa combater as diversas formas de intolerância étnica e a discriminação, defender os direitos étnicos individuais e coletivos e garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades (Brasil, 2010). Ele prevê em suas determinações, a garantia de acesso universal e igualitário a todo e qualquer serviço de saúde à população negra.

Destaca-se novamente a relevante participação do movimento negro, na reivindicação, mediante tensões e embates com o Estado, propondo pautas relacionadas a qualidade dos serviços de saúde e educação, para que levem em conta as especificidades da população negra (Batista; Barros, 2017). Tais articulações propiciaram significativo avanço no reconhecimento das questões institucionais das disparidades raciais em saúde, gerando importantes diálogos entre representantes da gestão pública e movimentos sociais vinculados à saúde (Faustino, 2017) no entanto, de modo geral, as políticas e a sua implementação, relacionadas à saúde pública, ainda resistem a incorporar medidas de atenção à saúde da população negra. Neste sentido, percebe-se na leitura das portarias e leis referentes à saúde mental, com destaque para as destinadas ao processo de desinstitucionalização, que essas não levam em conta a questão racial e também não dialogam com a PNSIPN, mesmo instituídas após a mesma. Possivelmente, há, dentre outras razões, a exemplo do racismo estrutural e institucional, uma compreensão equivocada do princípio da universalidade, visto como ameaçado ao se propor uma política para determinado grupo, desconsiderando-se totalmente o princípio da equidade, ambos preconizados pelo SUS.

Considerando as contribuições dos estudos de Bento (2002), sobre as investidas dos médicos e psiquiatras no início do século passado, em confinar as pessoas que estariam “fora da norma”, pautados na visão higienista já citada, na qual as pessoas negras eram as que mais se enquadravam e de como isso se estendeu ao longo da história da saúde no país (apesar das

contribuições destacadas anteriormente, de Juliano Moreira, Virginia Bicudo e Lélia Gonzalez), entende-se que dar ênfase às especificidades de cuidado à saúde mental, corroborando com os atravessamentos sociais de violência que culminam no adoecimento dessa população, apresentados na PNSIPN, seriam essenciais para o processo de desinstitucionalização, com a inserção nos CAPS e nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs).

Como vimos, no que tange à saúde mental da população negra, a PNSIPN faz duas menções no capítulo relacionado às estratégias e responsabilidades nas esferas de gestão, determinando o fortalecimento da atenção à saúde mental da criança ao idoso, para prevenção dos agravos decorrentes da discriminação racial e exclusão social e o fortalecimento da atenção à saúde mental de homens e mulheres com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Os atravessamentos políticos e sociais demonstram-se presentes em todo percurso histórico no tema da saúde da população negra. Nesse campo de embates e de interesses, várias construções vêm sendo feitas ao longo de décadas, muitas delas resultantes da luta dos movimentos sociais, sobretudo do movimento negro.

Apesar de tais reivindicações e da participação essencial no processo de construção de um sistema de saúde universal, com equidade e participação social, verifica-se que ainda há barreiras que comprometem o acesso da população negra aos serviços de saúde, portanto há a necessidade de mecanismos explícitos de superação de tais problemáticas geradas pelo racismo estrutural (Mesquita, 2019).

3.1. A formação em saúde e seus atravessamentos

Neste subcapítulo, focaremos na ênfase que a PNSIPN, articulada à Política Nacional de Educação Permanente, dá à formação dos profissionais em saúde para alcance dos objetivos do combate ao racismo estrutural e institucional. Para a sua construção, a discussão será alinhavada com informações contidas em alguns dos textos encontrados a partir da revisão de literatura realizado para essa pesquisa, conforme apresentamos na introdução deste trabalho. Portanto, num primeiro momento serão abordados os textos que analisam a atuação profissional em serviços de saúde e as percepções dos profissionais voltadas à PNSIPN e racismo institucional, para, após, trazer os conteúdos dos textos que versam especificamente sobre o processo formativo dos profissionais de saúde e trazem contribuições sobre os currículos dos cursos.

De acordo com o objetivo geral da PNSIPN, visando combater as discriminações e o racismo nas instituições e serviços de saúde, e a redução das desigualdades impetradas por esse processo, dentre as estratégias de gestão há ênfase na necessidade de incluir os objetivos

da política no processo formativo dos profissionais da saúde, bem como em sua educação permanente, conforme segue:

VIII – Garantia Da Inserção Dos Objetivos Desta Política Nos Processos De Formação Profissional E Educação Permanente De Trabalhadores Da Saúde, Em Articulação Com A Política Nacional De Educação Permanente Em Saúde, Instituída Pela Portaria GM/MS Nº 1.996, De 20 De Agosto De 2007 (Brasil, 2007; 2017, p.35).

E endossado em seu III Plano Operativo (2017-2019) pela Resolução Nº 16, de 30 de março de 2017, em seu capítulo V – “fortalecer a inserção da temática étnico-racial nos processos de educação permanente das equipes de atenção básica e dos trabalhadores/profissionais de saúde do SUS”. Isso se faz necessário, pois de acordo com texto da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

[...] Grande parte do esforço para alcançar a aprendizagem ocorre por meio da capacitação, isto é, de ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente (Brasil, 1996, p.39).

É a partir dessas necessidades que iniciamos o debate, tendo por base os textos identificados no levantamento bibliográfico que abordam a atuação profissional.

Para a revisão de literatura foram recuperadas teses e dissertações da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações <https://bdtd.ibict.br/vufind/> e do Catálogo de Teses e Dissertações CAPES <https://catalogodeteses.capes.gov.br/catalogo-teses/#!/> e artigos indexados nas bases de dados da SCIELO (Scientific Electronic Library Online) <https://search.scielo.org/>. A busca foi realizada no período que compreende janeiro a julho de 2022. Com o objetivo de captar todas as publicações relacionadas a PNSIPN desde sua aprovação, não foi estabelecido recorte de período, tendo em vista que já se previa que havia pouca produção sobre o tema e o recorte de período diminuiria ainda mais a quantidade de publicações para serem analisadas; o mesmo critério foi utilizado para o levantamento dos conteúdos relacionados à formação profissional em saúde. Com base nesses critérios, decidiu-se levantar as teses, dissertações e artigos nas três bases citadas, com a finalidade de identificar e trazer para análise o que tem sido produzido sobre a PNSIPN que versa com a temática da saúde mental, profissionais de saúde, serviços de saúde mental (sobretudo os CAPS) e o que tem sido produzido sobre formação dos profissionais de saúde que versa com as questões étnico-raciais.

Os termos de indexação empregados foram “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”; “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra” AND “saúde

mental”; “saúde mental da população negra”; “saúde mental” AND “população negra”; “PNSIPN”; “racismo” AND “saúde mental”; “racismo” AND “CAPS”; “ensino superior” AND “saúde da população negra”; “ensino superior” AND “étnico-raciais” AND “saúde”. Todos os termos foram empregados nas três bases para levantamento dos materiais.

Na busca realizada foram encontrados 220 documentos ao todo, sendo 140 teses e dissertações e 80 artigos. A partir de uma avaliação flutuante inicial dos títulos, foram removidos os títulos duplicados e obteve-se um total de 120 documentos. Após, foi feita a leitura dos resumos e selecionados os trabalhos que indicavam uma relação com nosso tema de pesquisa e seus objetivos, resultando em 40 trabalhos.

Por fim, 11 trabalhos foram considerados fundamentais para a composição da análise da presente pesquisa, tendo em vista que seus objetivos e metodologia versam diretamente com o tema, sendo sete sobre a PNSIPN, atuação profissional, racismo, saúde mental e serviços de saúde mental e quatro sobre formação de profissionais da saúde e questões étnico-raciais. Tais trabalhos auxiliarão na discussão dos dados obtidos a partir do questionário e entrevista com as(os) profissionais. Entretanto, um deles teve de ser excluído por não possuir divulgação autorizada, resultando em dez (seis dissertações de mestrado e quatro artigos). Dos 29 restantes (referente aos 40), dois não possuem divulgação autorizada, resultando em 27 que são relacionados ao tema, mas o objetivo e metodologia não versam diretamente, portanto serão utilizados de forma secundária na composição do escopo teórico, considerando histórico sobre a PNSIPN, movimento negro, raça, racismo, branquitude, formação profissional em saúde e demais conteúdos necessários à formulação da dissertação.

Verificamos que, embora em todos os textos selecionados os autores e autoras se utilizem de entrevistas com os profissionais que atuam na saúde, na atenção básica, bem como em CAPS, para obtenção de dados, estratégia que se assemelha à nossa para essa pesquisa, os mesmos não analisam diretamente a atuação dos profissionais de saúde relacionando ao processo formativo.

Seja em relação à formação na graduação e/ou pós-graduação, somente um único trabalho, a saber, “Muito além da cor da pele - psicologia, saúde mental e relações étnico-raciais em serviços públicos de saúde do município de Suzano, São Paulo (Santana, 2017)”, há problematização da formação dos profissionais, mas apenas da área da psicologia. Para além da entrevista, alguns dos trabalhos analisados lançaram mão de outras formas de captação de informações, a exemplo de leitura de prontuários, observação participante, participação em reuniões, análise descritiva e analítica de dados, análise documental de cursos e conteúdo de livro, e relato de experiência. Os estudos foram publicados entre 2013 e 2022 e

trazem informações relevantes nos resultados e iremos levantar alguns pontos que consideramos imprescindíveis para nossa pesquisa.

Em relação às percepções relacionadas à atuação profissional e as questões relacionadas à política, analisando os trabalhos encontrados, nota-se que existe uma diferença significativa da percepção dos profissionais entrevistados ao longo dos anos a respeito da importância da PNSIPN, se compararmos o trabalho de 2013, “Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra (Santos; Santos, 2013)”, com os demais trabalhos. Neste, as autoras constataam um forte discurso equiparado à democracia racial discriminatória, em que avaliam a política como desnecessária, enfatizando o discurso de que todos são iguais e que ter uma política específica para a população negra estaria contra o princípio da igualdade no SUS. E ainda acrescentam as autoras, “Ficou evidente que o profissional tende a não perceber a discriminação ou a insistir em sua inexistência, contribuindo, assim, para a inação do sistema frente à discriminação e, conseqüentemente, para sua manutenção e ampliação (Santos; Santos, p.568, 2013).

Os demais textos datam a partir de 2017 e os dados coletados das entrevistas com os profissionais destoam do relato anterior. No texto de Santana, de 2017, o autor constata um reconhecimento parcial dos profissionais a respeito das problemáticas relacionadas às questões étnico-raciais, em que a maioria reconhece a existência de violências raciais no cotidiano, porém não consegue apresentar recursos e/ou propostas para, ao menos, minimizar tais violências. As informações coletadas dos demais textos assemelham-se a esse último, enfatizam que há reconhecimento por parte dos profissionais sobre a existência do racismo e das violências que ocorrem nos serviços e em alguns, pode-se constatar um início de movimento para o combate de tais questões, conforme nos afirma Vieira, no estudo “Políticas Públicas e negritude: efetividade do ensino na saúde? um estudo de caso sobre saúde da população negra”, quando diz que:

Analisando os dados, percebe-se que os profissionais de saúde reconheceram a existência da prática do racismo nos serviços de saúde, reflexo da sociedade brasileira, fato que despertou a importância de agregarem indicadores de saúde por raça/cor, facilitando a análise das desigualdades raciais existentes e permitindo um acompanhamento dos indicadores municipais. Facilitando aos gestores verificar se as intervenções foram adequadas para atender as necessidades de determinada população (Vieira, p. 87, 2020).

Tal constatação nos leva a inferir que, com a instituição da PNSIPN em 2009 e das leis relacionadas a formação, a exemplo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2004) e das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações

Étnico-Raciais e ensino de história e cultura afro-brasileira e africana (DCNERER) (Brasil, 2004), há um movimento ao longo dos anos de aumento de reconhecimento da importância do tema, modificando o entendimento e a percepção dos profissionais da área. Isso explicaria a diferença constatada nos relatos dos profissionais da pesquisa de 2013, com os relatos das demais pesquisas que se deram após o ano de 2017. Entretanto, seria necessária uma análise mais apurada para confirmar ou refutar essa hipótese. Mesmo porque, a pesquisa de 2013 se deu no estado do Rio de Janeiro e as demais em outros estados (São Paulo, Rio Grande do Sul e Bahia) e entendemos a importância do contexto territorial, e de todas suas perplexidades, nesse sentido.

A verdade é que, de um modo geral, os trabalhos analisados evidenciam, com o passar dos anos, um aumento da compreensão dos profissionais com a temática das relações étnico-raciais e um consequente entendimento da importância de se pensar sobre racismo institucional e estrutural. Entretanto, há pouca efetividade ou organização na atuação para combater o racismo, apontando a necessidade de uma mudança que vá de encontro com uma estratégia de visibilização e denúncia das violências raciais, valorização das culturas, histórias e vidas pelo viés da pertença étnico-racial (Santana, 2017; Cândido et al., 2022).

O reconhecimento dos profissionais é de extrema importância, tendo em vista que há responsabilidade individual de um movimento para obtenção de conhecimento, entretanto, não se pode perder de vista o caráter estrutural, uma vez que essa responsabilidade também deve partir das instituições. Como bem aponta a PNSIPN o combate do racismo deve se dar:

[...] pelo investimento em ações e programas específicos para a identificação de práticas discriminatórias; pelas possibilidades de elaboração e implementação de mecanismos e estratégias de não-discriminação, combate e prevenção do racismo e intolerâncias correlatas – incluindo a sensibilização e capacitação de profissionais; pelo compromisso em priorizar a formulação e implementação de mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade. (Brasil, 2007, p.31).

Adentrando ao debate da formação profissional e do currículo dos cursos de saúde, destacamos aqui a relevância das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais e ensino de história e cultura afro-brasileira e africana (DCNERER). Instituída pela Resolução CNE/CP 01, em junho de 2004 e direcionada à todas as instituições de ensino brasileiras, em todos os níveis e modalidades, tem por objetivo promover a conscientização através da educação dos cidadãos, com vistas a construção de uma nação democrática e buscando relações étnico-raciais positivas (Brasil, 2004). De acordo com o Parecer CNE/CP 03/2004 - a inclusão das DCNERER deve ocorrer,

[...] respeitada a autonomia dos estabelecimentos do Ensino Superior, nos conteúdos de disciplinas e em atividades curriculares dos cursos que ministra, de Educação das Relações Étnico-Raciais, de conhecimentos de matriz africana e/ou que dizem respeito à população negra. Por exemplo: em Medicina, entre outras questões, estudo da anemia falciforme, da problemática da pressão alta; em Matemática, contribuições de raiz africana, identificadas e descritas pela Etno-Matemática; em Filosofia, estudo da filosofia tradicional africana e de contribuições de filósofos africanos e afrodescendentes da atualidade. - Inclusão de bibliografia relativa à história e cultura afro-brasileira e africana às relações étnico-raciais, aos problemas desencadeados pelo racismo e por outras discriminações, à pedagogia anti-racista nos programas de concursos públicos para admissão de professores (Brasil, p.14, 2004a).

Apesar de sua importância, nota-se, de acordo com alguns estudos (Monteiro; Santos; Araújo, 2021; Araújo; Tolentino; Silva, 2018; Santana et al., 2019), que a maioria dos cursos de ensino superior, por exemplo, não implementaram as determinações estabelecidas, reflexo do racismo institucional. As DCNERER são obrigatórias e deveriam compor os currículos da educação básica e da superior, incluindo os cursos de pós-graduação. Tais informações corroboram com os textos encontrados na revisão de literatura, relacionados à formação profissional.

De um modo geral, as metodologias para captação dos dados utilizada nos textos selecionados diversificaram-se entre entrevista com coordenadores de cursos da saúde, análise descritiva de dados referentes a um curso de educação permanente ofertado pela UNA-SUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde), análise documental das DCN (Diretrizes Curriculares Nacionais) de cursos de saúde e relato de experiência relacionado a um Grupo Temático. Os trabalhos trazem contribuições relacionadas à formação profissional nos cursos de graduação em saúde e na educação permanente. A publicação dos mesmos, data de 2018 a 2021, demonstrando o quão recente são as produções voltadas ao tema.

Todos os textos se utilizam da PNSIPN como principal documento orientador relacionado à formação do profissional em saúde e dois deles se utilizam, também, da Lei 10.639/2003, e/ou das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-Raciais (DCNERER).

De certo modo, os resultados encontrados convergem entre si, demonstrando uma deficitária formação profissional, devido os currículos ainda não contemplarem, de forma contundente a temática. Não à toa, tem-se profissionais e gestores do campo da saúde que não tiveram uma formação na perspectiva antirracista e, nem se quer consideram as especificidades étnico-raciais, como sugerem os estudos.

Um dos textos encontrados de Monteiro, Silva e Araújo (2021), sobre a formação de profissionais de saúde, revelou que os responsáveis pelos cursos da área desconhecem a legislação que prevê disciplinas e/ou atividades curriculares com conteúdos relacionados às questões étnico-raciais e à saúde da população negra. Este texto desvela ainda que no processo formativo da graduação desses profissionais, a maioria não teve qualquer conteúdo que tratasse do tema.

Araújo, Tolentino e Silva (2018), em artigo que trata da abordagem da saúde da população negra nos currículos dos cursos da área da saúde, contribuem com informações relevantes sobre como as Universidades Públicas estariam se organizando à respeito do tema, no qual afirmam que:

Dados preliminares da pesquisa intitulada “Avaliação da Atenção à Saúde da População Negra e a Intersecção do Racismo sobre as práticas do Cuidado em Estados do Nordeste e Sudeste Brasileiro”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Saúde (MS) mostram que de 22 cursos de saúde de seis universidades públicas do Estado da Bahia, que tiveram seus projetos políticos pedagógicos atualizados após 2009, ano de implantação da PNSIPN, 40% incluíram temas sobre Racismo e Saúde da População Negra no processo de formação dos acadêmicos, porém como subtema de um componente curricular mais amplo, não existindo disciplina própria para a temática. A exceção da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia que tem uma disciplina optativa denominada “Gênero, Raça e Saúde” no curso de Bacharelado Interdisciplinar de Saúde. Já em São Paulo dos 24 cursos de saúde de oito universidades públicas que tiveram seus projetos políticos pedagógicos atualizados e que foram analisados, 13 (54% do total) tiveram o PPP atualizados após 2009, mas somente 25% incluíram a temática da saúde da população negra no processo de formação dos acadêmicos, entretanto nenhum curso de saúde tinha uma disciplina própria sobre a temática, sendo o tema um componente curricular de uma disciplina mais ampla como a disciplina de Políticas de Saúde. A partir desses dados pode se dimensionar o quanto ainda é incipiente a abordagem étnico-racial nos cursos de saúde nas instituições públicas de ensino superior (Araújo; Tolentino; Silva, 2018, p.250).

Outro estudo, em que foram entrevistados coordenadores de cursos de saúde, demonstrou resistência por parte dos mesmos em aderir às DCNERER, ao invés de compreender a importância da inserção das mesmas (Santana et al., 2019). Nesse sentido os autores ainda complementam que:

Uma hipótese explicativa de sua postura pode ser o desconhecimento da produção bibliográfica existente voltada para a análise das relações de equidade/iniquidade racial em saúde. Um efeito nefasto, contudo, da ausência de referências sobre a questão colocada é a invisibilidade do racismo como Determinante Social de Saúde. Outro, decorrente daquele, é o desperdício de valiosa oportunidade de preparar os futuros profissionais de saúde desde a formação inicial para lidarem, de forma humana, e não puramente técnica, com estas questões em seu ambiente de trabalho (Santana et al., 2019, p.12).

Isso escancara o modo como a estrutura se mantém aquém dessa construção. Ressalta-se, portanto, a necessidade de que tal implementação seja articulada entre sociedade civil e governos, através de articulação intrasetorial e transversal, reconhecendo a problemática como estrutural (Lemos, 2019). Lima, uma das autoras dos textos selecionados, traz a crítica apontando que tal inserção é de responsabilidade conjunta de coletivos que envolve, para além dos docentes, os estudantes, os profissionais e as organizações e enfatiza que:

A inserção da temática racial nos cursos de saúde precisa mais do que boa vontade de alguns professores esparsos. São necessários recursos financeiros para que seja uma política de Estado e não do momento. O movimento negro não pode ser acionado para construir essa mudança sem remuneração, isso seria continuar o 13 de maio. Seria continuar excluindo os negros do mercado de trabalho e do acesso aos recursos que podem alterar a situação financeira a que apontamos a desigualdade (Lima, p.145, 2018).

Os autores, de modo geral, entendendo que uma real mudança só é possível com a reformulação estrutural, tanto do currículo, quanto de posicionamento das instituições, apontam a necessidade de serem implementadas as recomendações da PNSIPN, bem como das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das Relações Étnico-raciais e para o Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira e Africana (DCNERER). Em texto que relata a experiência no Grupo Temático (GT) 28 – “Saúde, currículo, formação: experiências, vivências, aprendizados e resistência sobre raça, etnia, gênero e seus (des)afetos”, Monteiro, Santos e Araújo (2021) ressaltam a importância de que essa formação deva ser inserida não só na graduação, mas a partir dos cursos técnicos até a pós-graduação.

Concordando com a noção de uma formação antirracista, Lima (2018), afirma que para esses futuros profissionais de saúde não chegarem ao ensino superior com o racismo enraizado, faz-se necessário que essa educação seja efetivamente aplicada desde a pré-escola, tal como determinam as DCNERER e o artigo 26A da LDB 9394/96.

Questiona-se, portanto, como promover mecanismos que garantam uma formação adequada dos profissionais, que considere os conteúdos relacionados a história e cultura afro-brasileira e africana como prevê a legislação, incluindo as Diretrizes Curriculares mencionadas. De acordo com Lemos (2019),

É urgente a necessidade de incluir os temas dos racismos e os impactos na saúde nos processos de formação e educação permanente para trabalhadores e trabalhadoras e também para o controle social da saúde. Para isto, é fundamental ampliar e fortalecer a participação dos movimentos sociais da luta contra os racismos nas instâncias de controle social e desenvolver processos de informação, comunicação e educação que reduzam vulnerabilidades, desconstruindo estigmas, preconceitos e fortalecendo

uma identidade negra positiva, contribuindo para a autoestima, valorização e o cuidado na população negra (Lemos, 2019, p.25-26).

Para Morin (2000) as instituições se constituem de pessoas e suas relações interpessoais, sendo assim não há possibilidade de se pensar em reforma de uma instituição, sem que as mentes que a compõem sejam reformadas anteriormente; todavia, não existe possibilidade de reforma das mentes, sem que antes a instituição seja reformada. O caminho para tal reforma seria a problematização, sobretudo, do que se acredita ser razão, quando na verdade não passa de pensamentos abstratos.

Pensar na construção histórico-social do racismo e, por fim, das instituições a partir do viés do colonialismo é uma tarefa importante para se compreender o estabelecimento dos mesmos e de como as ciências se articulam e fomentam tais construções. Importante também, pois permite olhar para as configurações hegemônicas que ditam o que se ensina e o que se aprende, bem como, de que forma se dão as relações interpessoais e de como se estabelece o processo histórico, configurando a totalidade.

Entende-se a importância de uma reorganização do saber, que favoreça a democratização cognitiva. Um saber que considere por outras vias, que não a do parcelamento disciplinar, o ser humano, a natureza e a realidade por assim dizer. Um pensamento que considere a totalidade das coisas, integrando o local e o específico, apto a contribuir ao sentido da cidadania e da responsabilidade. Somente assim, a reforma do pensamento alcançaria consequências civis, éticas e existenciais (MORIN, 2000).

Uma das problemáticas no sentido das instituições, aqui elenco tanto as de saúde, quanto as universitárias, que a propósito, formam os profissionais que atuarão na saúde, diz da fragmentação dos fenômenos, em que não se pode conceber sua unidade, o todo.

O que ainda predomina, na educação formal - na educação básica e na superior - é uma formação disciplinar. As disciplinas não se comunicam, fecham-se em seus núcleos de saber e especialidade, firmando uma ideia de soberania territorial, mantendo apenas algumas trocas incipientes. Uma das possibilidades para se repensar a formação, que viabilizasse um olhar para a complexidade humana e que observasse as questões raciais de forma a respeitar as especificidades dos sujeitos - com destaque para a população negra, seria um movimento transdisciplinar que permitisse distinguir tais domínios científicos, ao mesmo tempo que os fizesse dialogar verdadeiramente (Morin, 2000).

Quando Olga Pombo (2006) discorre sobre a questão dos saberes se fecharem em núcleos de acordo com a especialidade e não dialogarem, em sua concepção diz que os diversos saberes se caracterizariam como multidisciplinares, eles estariam caminhando

paralelamente, numa coordenação e/ou comunicação mínima. Pensando em um movimento contínuo, a interdisciplinaridade seria o início de convergência entre tais disciplinas/saberes, ultrapassando a dimensão do paralelismo. Por fim, quando desse movimento contínuo, se desse a unificação das perspectivas, ou seja, fusão unificadora, isso seria a transdisciplinaridade.

Morin (2000) considera que cabe à universidade o início da reforma, mas que ela seria anunciada por iniciativas marginais, fora do padrão, por vezes tidas como destoante da normalidade. Não há como olhar para essa afirmativa e não recordar a luta do movimento social negro ao longo das décadas, que culminou em políticas públicas, tais como as diretrizes supracitadas que preconizam a inserção dos conteúdos de história e cultura afro-brasileira e africana na formação dos cidadãos, regulamentando a Lei nº 10.639 de 2003, que alterou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) 9394/96.

Neste sentido, consideramos necessária uma reforma que compreenda as consequências do racismo na sociedade, a partir do processo histórico que o produz e que se implique, para além dos cuidados aos envolvidos, repensar as estruturas institucionais que continuam a fomentar o racismo institucional. Para tal, entende-se necessário questionar os processos de formação profissional (graduação, pós-graduação e educação continuada/permanente) e, a partir disso, planejar estratégias e ações que visem uma educação das relações étnico-raciais, em perspectiva antirracista, que contemple a troca de conhecimentos e aprendizagens entre brancos e negros, nos currículos dos cursos de saúde, de acordo com as normativas e legislações vigentes no campo da educação e da saúde.

4. RAÇA, RACISMO E AS INSTITUIÇÕES DE INTERNAÇÃO

Esse capítulo reflete sobre a temática do racismo pelo viés do colonialismo, compreendendo as estruturas da sociedade por meio da conjectura eurocêntrica e problematizando como isso se circunscreve no tempo até os dias atuais e se articula no campo da saúde mental, corroborando na institucionalização da população negra.

A tradição etnocêntrica pré-colonialista, que considerava supersticiosas e/ou absurdas as manifestações culturais dos povos tidos como “selvagens”, favoreceu a construção do racismo, na segunda metade do século XIX que, caminhando junto ao colonialismo europeu, começou a se constituir como ciência (com todas as aspas possíveis) da superioridade branca e patriarcal e isso direcionaria no ocidente, as produções acadêmicas até os dias atuais (Gonzales, 2020).

Sobre esse movimento, o qual Quijano (2002) era chamar de eurocentrismo, o autor explica:

Eurocentrismo é, aqui, o nome de uma perspectiva de conhecimento cuja elaboração sistemática começou na Europa Ocidental antes de mediados do século XVII, ainda que algumas de suas raízes são sem dúvida mais velhas, ou mesmo antigas, e que nos séculos seguintes se tornou mundialmente hegemônica percorrendo o mesmo fluxo do domínio da Europa burguesa. Sua constituição ocorreu associada à específica secularização burguesa do pensamento europeu e à experiência e às necessidades do padrão mundial de poder capitalista, colonial/moderno, eurocentrado, estabelecido a partir da América (Quijano, 2002, p.126).

Para Fanon (1956), no processo de colonização, o branco afirma sua superioridade, subjugando militar e economicamente, determinando seus costumes e cultura como padrão em detrimento aos costumes e cultura do colonizado, que por sua vez passa a ser visto como primitivo e selvagem, logo, digno de ser civilizado.

Considerando a experiência da colonização vivida na América Latina, Quijano (2002) afirma que:

[...] a perspectiva eurocêntrica de conhecimento opera como um espelho que distorce o que reflete. Quer dizer, a imagem que encontramos nesse espelho não é de todo quimérica, já que possuímos tantos e tão importantes traços históricos europeus em tantos aspectos, materiais e intersubjetivos. Mas, ao mesmo tempo, somos tão profundamente distintos. Daí que quando olhamos nosso espelho eurocêntrico, a imagem que vemos seja necessariamente parcial e distorcida. Aqui a tragédia é que todos fomos conduzidos, sabendo ou não, querendo ou não, a ver e aceitar aquela imagem como nossa e como pertencente unicamente a nós. Dessa maneira seguimos sendo o que não somos. E como resultado não podemos nunca identificar nossos verdadeiros problemas, muito menos resolvê-los, a não ser de uma maneira parcial e distorcida (Quijano, 2002, p.129-130).

Há, no decorrer da história, um movimento da Europa em se utilizar dos “costumes primitivos”, como ferramenta de domínio, através de uma tarefa de explicação racional, em que teria o direito administrativo de suas colônias. Essa estratégia também permitia se utilizar de violência, quando da resistência dos colonizados, de modo que muitas vezes tal violência se dissolvia na ideia de que a “superioridade” sobre o outro lhe dava o aval, portanto, é nesse processo que o colonizado internaliza o colonizador como superior, através da criação do racismo (Gonzales, 2020). Nesse sentido, portanto, o branco “cria” o negro, de modo que esse último passa a ter o branco como referência de como deve ser e existir, pois é objetificado e como objeto é destruído em sua existência e já não há razão de ser (Fanon, 1968).

Corroborando com o pensamento de Fanon (1968), Quijano (2002) sobre a estratégia da colonização afirma:

A posterior constituição da Europa como nova identidade depois da América e a expansão do colonialismo europeu ao resto do mundo conduziram à elaboração da perspectiva eurocêntrica do conhecimento e com ela à elaboração teórica da ideia de raça como naturalização dessas relações coloniais de dominação entre europeus e não-europeus. Historicamente, isso significou uma nova maneira de legitimar as já antigas ideias e práticas de relações de superioridade/inferioridade entre dominantes e dominados. [...] Desse modo, raça converteu-se no primeiro critério fundamental para a distribuição da população mundial nos níveis, lugares e papéis na estrutura de poder da nova sociedade. Em outras palavras, no modo básico de classificação social universal da população mundial (Quijano, 2002, p.118).

Há nesse processo, conforme nos ensina Fanon (1968), um movimento de negação sistemática do outro, de modo a privá-lo de qualquer atributo de humanidade, levando-o a questionar sua própria existência. Deste modo, afirma Fanon (1968) que “Como é uma negação sistemática do outro, uma decisão furiosa de privar o outro de qualquer atributo de humanidade, o colonialismo leva o povo dominado a perguntar-se constantemente: ‘Quem sou eu na realidade?’ (Fanon, 1968, p. 212).

Apesar da conceituação de raça variar muito no decorrer do século XVIII ao XX, considerando a cultura ocidental, algo que permanece no tema é a tentativa de demarcar diferenças, físicas e/ou mentais, entre grupos humanos. Diferenças essas que sempre partem de pressupostos de hierarquização, reforçando a noção de desigualdades (ODA, 2003).

Conforme destaca Munanga (2003) em suas considerações sobre raça:

Podemos observar que o conceito de raça tal como o empregamos hoje, nada tem de 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 etnosemântica. 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. Se na cabeça de um geneticista contemporâneo ou de um biólogo molecular a raça não existe, no imaginário e na representação coletivos de diversas populações contemporâneas existem ainda raças fictícias e outras construídas a partir das diferenças fenotípicas como a cor da pele e outros critérios morfológicos. É a partir dessas raças fictícias ou “raças sociais” que se reproduzem e se mantêm os racismos populares (Munanga, 2003, p.6).

Entendendo que raça não existe a partir de uma concepção biológica, pensamos a partir de uma perspectiva sociológica, que entende raça como uma construção social, cientificamente estabelecida, de acordo com um contexto em que se circunscrevem discursos sobre a origem de um grupo (Guimarães, 2003). A construção dos conceitos de raça e racismo tem relação histórica direta com o campo da saúde, especialmente a partir dos ideais eugenistas no Brasil.

Um dos precursores da ideia de eugenia foi o médico psiquiatra Raimundo Nina Rodrigues. Para ele, havia uma distinção entre a capacidade intelectual e moral dos povos negros comparado aos brancos. Justificava seu raciocínio através da teoria da evolução de Darwin⁹, de que tais populações seriam inferiores e incapazes de atingir os níveis intelectuais mais elevados (nos quais os brancos se encontravam), assim encontrava respaldo para psicopatologizar diversos comportamentos das pessoas negras¹⁰ (Oda, 2003). Nesse interim, no início do século XX, muitos psiquiatras empenharam-se no pressuposto de que os negros seriam povos degenerados, e, portanto, tinham predisposição à loucura; sendo vistos também como humanos inferiores intelectualmente, com menor capacidade de adaptar-se ao meio social e suas exigências e, conseqüentemente, mais propensos à degeneração (Barros et al., 2014).

Renato Kehl foi uma importante figura nesse sentido, sendo responsável pela implementação do movimento eugenista no país em meados da década trinta, movimento este liderado pela burguesia, nascido no contexto europeu no século XIX, que ganhou ênfase nos EUA, nutrindo-se de produções teóricas e científicas, de modo a comprovar uma suposta superioridade da raça branca sobre as demais raças, justificando desta forma a exploração das pessoas não brancas (Góes, 2015). Produções essas que seriam entendidas mais tarde como racismo científico, que conforme explica Caputo, em sua dissertação de mestrado:

⁹ Teoria que afirma que as características do indivíduo e suas variações são determinadas pelo ambiente por meio de seleção natural. Sendo assim, os organismos mais bem adaptados são selecionados pelo ambiente, tendo maiores chances de sobrevivência e de perpetuação da espécie, bem como de melhora de suas características (DARWIN, 2003).

¹⁰ Ainda de acordo com ODA (2003), essas teses de Nina Rodrigues seriam refutadas poucos anos depois por Juliano Moreira, formado na mesma escola de Medicina na Bahia, enfatizando que a condição racial não era fator que garantia imunidade alguma à insanidade mental.

[...] colocava a ideia de que existiam povos e grupos que apresentavam características ditas inferiores em relação à população branca -europeia enquanto padrão civilizatório-, defendia que a mistura de raças eram um fator de risco em relação a comportamentos imorais, pouca inteligência e até mesmo a ideia de degeneração, sendo esta última uma categoria importante para pensarmos o trato da loucura ao longo dos séculos (CAPUTO, 2021, p. 53).

Portanto, essa construção racista serviria como justificativa para a internação de muitas dessas pessoas. O Hospício do Juquery em Franco da Rocha, inaugurado em 1898, considerado hospício modelo durante décadas, um dos maiores e mais populosos manicômios do país, esteve entre os primeiros hospícios a recebê-las no processo de internação (Avezani; Marcolan, 2022).

Ainda sobre o esforço da medicina em criar teorias do gênero, outro psiquiatra que contribuiu nesse movimento foi Henrique Roxo, citado por Barros et. al. (2014). Para Roxo (1904),

[...] os negros não deveriam ser considerados degenerados, mas sim “tipos” que “não evoluíram”: “Gastam menos o cérebro que os brancos.” Desse modo, o ‘racismo científico’ expresso por Henrique Roxo encontra-se pautado numa complicada e contraditória mistura entre o determinismo biológico e a ação do meio sociocultural. Os mesmos referenciais teóricos levariam Henrique Roxo a acreditar que as principais causas da alienação mental entre as populações negras existentes no Brasil seriam, de um lado, o baixo nível intelectual e, de outro, os efeitos ‘perniciosos’ da abolição ‘repentina’ da escravidão (Roxo, 1904, p. 172-192; apud BARROS et. al., 2014, p. 1238).

Essas pessoas quando não eram conduzidas para o hospício, eram levadas às cadeias, prisões, instituição militar, que abarcavam o sistema prisional à época. Por vezes, eram conduzidas a um local denominado Recolhimento, em que ficavam aguardando liberação de vaga para internação no hospício (Avezani; Marcolan, 2022).

Em diálogo e consonância com o período higienista, o Hospício de Juquery, como citado, integra a história de asilamento das pessoas estigmatizadas e de acordo com Avezani e Marcolan (2022):

A instalação do Hospício do Juquery atendeu aos apelos dos recém-formados psiquiatras brasileiros, para que a assistência à denominada loucura fosse feita baseada em construtos científicos da psiquiatria florescente, ao mesmo tempo que servia de lastro para políticas de Estado no sentido de exclusão e higienização social, questões raciais dentre as quais destaca-se o embranquecimento da população. Foi o primeiro de uma série de hospícios a serem construídos no país, mas com o diferencial de ter nascido para ser a fonte de irradiação do saber e poder psiquiátrico (Avezani; Marcolan, 2022, p.04).

Em estudo recente, em que Sanglard e Claper (2021) analisaram a presença de pretos e pardos nos hospitais de alienados na cidade e estado do Rio de Janeiro, no período que se

compreende a virada do século XIX ao XX, as autoras denunciam a escassez de pesquisas na área e afirmam:

[...] percebemos que há silêncios na história da escravidão no Brasil, com ausência de pesquisas que aprofundem e detalhem o processo de desestruturação da escravatura e seus reflexos nas internações de doentes mentais nas instituições de assistência ao alienado. As análises de dados dos documentos clínicos das internações dos doentes têm se colocado como uma possibilidade profícua para o estudo do perfil sociocultural e racial dos doentes mentais no Rio de Janeiro, sendo assim um importante campo para outros trabalhos de pesquisa que avancem e aprofundem essa linha investigativa (SANGLARD; CLAPER, 2021, p.464).

O período da ditadura civil-militar, após o golpe de 1964, com todas as condições impostas e a herança manicomial racista dos anos antecedentes, de acordo com David (2018) resultou no encarceramento da população negra, que passou a compor a maior parte dos internos nas instituições manicomiais judiciárias. O autor se respalda especialmente em outras fontes, a exemplo de fotografias, para indicar que a população negra compunha a maioria dos internos em manicômios tendo em vista a ausência de dados oficiais.

A partir de dados do Censo psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos¹¹, Sônia Barros et al. (2014), identificam que o percentual de negros nos hospitais psiquiátricos apresenta-se como maior do que em relação ao percentual que representa essa população no estado de São Paulo:

Ao caracterizar o perfil dessa população, foi identificado que a população branca é predominante nesses hospitais, totalizando 60,29% do total de moradores. No entanto, os dados de raça/cor do censo demográfico do ano 2000 informam que 27,4% da população do estado de São Paulo é preta e parda e na população moradora de hospitais psiquiátricos, esse número alcançou 38,36% (BARROS et al., 2014, p. 1235).

Sônia Barros et al. (2014) afirmam que essa maior presença de negros nos hospitais psiquiátricos se dá por processos ininterruptos de discriminação e exclusão social, de modo que tal exclusão se arrasta ao longo da história da saúde mental no país. Resultado da falta de políticas públicas, pós abolição, que favorecessem a ascensão social através da inserção no mercado de trabalho, por exemplo, e as restrições direcionadas às pessoas negras quanto à participação política desde então.

Tais contribuições auxiliam a pensar sobre a configuração das posições sociais das pessoas que compõem os serviços de saúde, em que se tem uma divisão explícita de postos

¹¹ BARROS, S.; BICHAFF, R. (Org.). Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, 2008.

ocupados, onde a maior parte dos profissionais de nível universitário destes serviços são brancos. Deivison Faustino (2018) contribui para a reflexão quando diz que:

A “racialização” das experiências do colonizado marcam a sua relação com o mundo e consigo, proporcionando-lhe uma autoimagem distorcida. O primeiro aspecto da racialização é a “epidermização” dos lugares e posições sociais, ou seja, aquilo que se entende por raça passa a ser definidor das oportunidades e barreiras vividas pelos indivíduos ao longo de sua vida (FAUSTINO, 2018, p. 153-154).

Esses postos vão ditar quem tem mais, ou menos poder. Pode-se entender o estabelecimento dessas posições sociais como reflexos de hierarquização estabelecida pela colonização, de acordo com as formulações de Fanon (1956), “em primeiro lugar, afirma-se a existência de grupos humanos sem cultura; depois, a existência de culturas hierarquizadas; por fim, a noção de relatividade cultural” e reforça que “A doutrina da hierarquia cultural não é, pois, mais do que uma modalidade da hierarquização sistematizada, prosseguida de maneira implacável” (Fanon, 1956, p.78).

As contribuições da médica Jurema Werneck (2016), sobre os efeitos psicossociais do racismo, auxiliam na discussão quando a mesma explicita que se pode compreender o racismo como fator central na produção de iniquidades em saúde que afeta a população negra, independente da região do país, nível educacional e/ou fase da vida e que o racismo institucional é um dificultador no processo de cuidado dessas pessoas nos serviços. O racismo, na sociedade brasileira, se estabelece como o alicerce das hierarquias que divide a humanidade, através de uma marca estabelecida pela cor da pele, entre inferiores e superiores. Logo, reconhece-se que este racismo de base estruturante e também estrutural, perpassa as políticas públicas e sociais pelas relações sociais e instituições diversas (Passos, 2020).

De acordo com Almeida (2018):

As instituições são apenas a materialização de uma estrutura social ou de um modo de socialização que tem o racismo como um de seus componentes orgânicos. Dito de modo mais direto: as instituições são racistas porque a sociedade é racista (Almeida, 2018, p. 36).

Caputo também contribui consideravelmente com o tema ao explicar que:

A concepção de racismo estrutural é fundamental para a compreensão de que a discussão das classes sociais no contexto brasileiro necessariamente tem de perpassar a discussão da questão racial justamente porque a classe social no Brasil foi forjada a partir de relações raciais desiguais, além disso, esta é composta majoritariamente por negras e negros. O racismo estrutural extrapola análises simplistas e focalizadas de atos discriminatórios, uma vez que tal conceituação define que o poder é um elemento constitutivo nas relações raciais e que não se trata de analisar o racismo a partir de um único indivíduo, mas sim de toda uma estrutura

econômica e social que dão as bases para que ele se perpetue e se reproduza (CAPUTO, 2021, p. 55).

Jurema Werneck (2016) afirma que o racismo opera de modo a produzir e reproduzir a hierarquia racial, induzindo as ações do Estado, suas instituições e políticas públicas; reforça que se trata de um mecanismo estrutural que viabiliza a exclusão seletiva de grupos racialmente subordinados, por um lado promovendo e viabilizando os interesses dos mais claros e, por outro, deslegitimando e negligenciando as necessidades dos mais escuros.

Sobre a diferenciação social estabelecida pela questão racial, quando Fanon (2020a) discute o papel do negro em detrimento ao branco, ele explicita que para a sociedade a pessoa negra representa os sentimentos inferiores, simbolizando o mal, a miséria, o pecado. Reconhecendo o racismo como uma violência social, faz-se necessário problematizá-lo para dentro das instituições, pois é sabido que o fracasso das organizações, de modo geral, em desempenhar um serviço adequado, em que se considerem os aspectos culturais, étnicos e raciais das pessoas, se dá devido o racismo institucional, que se manifesta em razão/a partir do preconceito e ignorância dos profissionais, resultando em práticas e comportamentos discriminatórios na rotina de trabalho. Isso dificulta o acesso de pessoas de determinados grupos étnicos e raciais a direitos gerados pelo estado, colocando-as em desvantagem (Prestes; Paiva, 2016).

Em se tratando de racismo institucional, de acordo com a concepção de Almeida:

[...] a desigualdade racial é uma característica da sociedade não apenas por causa da ação isolada de grupos ou de indivíduos racistas, mas fundamentalmente porque as instituições são hegemônicas por determinados grupos raciais que utilizam mecanismos institucionais para impor seus interesses políticos e econômicos (Almeida, 2018, p.30).

Caputo (2021) traz um questionamento preciso a respeito:

O racismo institucional faz com que as políticas sejam formuladas, implementadas e executadas a partir de um recorte racial. As instituições são as representações materiais de uma sociedade que é racista e, conseqüentemente, em nível micro, estas se organizam com base em desigualdades raciais. Quando pensamos, por exemplo, nos (as) trabalhadores (as) dos serviços de saúde, vemos que sua esmagadora maioria são brancos. Em contrapartida, os usuários são em sua grande maioria negros. Como pensar uma política que é formulada, gerida e executada por brancos? (Caputo, 2021, p. 59).

Entende-se que o racismo institucional se expressa na dimensão interpessoal, nos diferentes postos hierárquicos, entre os colegas de trabalho e entre profissionais e pacientes, manifestando-se através das dinâmicas de relações demarcadas por estereótipos, estigmas e discriminações. Esse movimento culmina na negligência em relação aos cuidados e direitos da

população negra, por meio de procedimentos que não são pautados pelos princípios de igualdade e equidade, tendo em vista a desqualificação e invisibilização de suas demandas específicas nos serviços de saúde (Prestes; Paiva, 2016).

Considerando que o processo de saúde, adoecimento e morte da população negra tem como principal determinante as iniquidades e sofrimentos produzidos a partir da discriminação racial, é de extrema importância fomentar o resgate de elementos culturais, religiosos e artísticos da população negra, através de estratégias de promoção de saúde, com o intuito de propiciar o fortalecimento dos vínculos comunitários, construção de identidade negra positiva, valorização e resgate cultural e autoafirmação (Mesquita, 2019). Portanto, desconsiderar tais demandas e não debruçar-se ao contexto sócio/cultural, geográfico, moral e estético da população atendida nos serviços de saúde, é fracassar na prestação do serviço.

Se formos pensar a partir das experiências de Fanon (2020b), entendo que a dispensação de um cuidado em saúde mental que vá na contramão do racismo institucional, só é possível a partir de uma análise estrutural, que considere os diversos contextos históricos, geográficos, sociais e culturais dos atendidos. Fazendo um contraponto aos dias atuais, tal cuidado se legitima à medida em que se leva em conta as formas de sociabilidade dos sujeitos; considerando seus valores estéticos, morais, religiosos e outros (Fanon, 2020b).

Entretanto, a problemática relacionada à implementação da PNSIPN e a consequente aposta no combate ao racismo institucional, se implica e encontra barreiras, também, nos três níveis de gestão do SUS (primário, secundário e terciário);¹². Nossa hipótese, pautada nas pesquisas encontradas na revisão de literatura e outros referenciais apresentadas até aqui, é de que há um desconhecimento por parte de gestores e profissionais de saúde relacionado a PNSIPN, bem como, o fato de outras políticas e programas do Ministério da Saúde não terem incorporado as ações, indicadores e metas, conforme previsto no Plano Operativo¹³. Consequentemente, a não adoção de tais indicadores, acaba por reforçar aquilo que se deveria combater, o racismo institucional.

O reconhecimento do racismo institucional é um passo importante para a organização e planejamento da implementação da política, que apesar de estar em processo, encontra barreiras significativas no constructo social e, sobretudo, no âmbito político. Nos últimos

¹² Níveis esses que organizam os serviços oferecidos pelo SUS, a partir de parâmetros pré estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

¹³ Conforme Resolução Nº 16, de 30 de março de 2017, o III Plano Operativo (2017-2019), elaborado e publicado pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e Departamento de Apoio à Gestão Participativa, com o objetivo de estabelecer indicadores, metas e estratégias, com enfoque na abordagem étnicoracial, com vistas a orientar a intervenção no Sistema Único de Saúde (SUS) no processo de enfrentamento das desigualdades e iniquidades em saúde.

anos, frentes políticas conservadoras têm minado vários segmentos, investidas de movimentos sociais e propostas políticas que visam atender às especificidades das populações indígena e negra, das mulheres e das comunidades LGBTQIA+ (Batista; Barros, 2017).

Portanto, conforme nos indica Batista e Barros (2017), definir indicadores de avaliação e monitoramento da PNSIPN, bem como incluí-la nos instrumentos de gestão, pode ser um dos caminhos de enfrentamento do racismo institucional. Os autores entendem que essa tarefa, de promover um sistema de saúde que vá na direção das especificidades da população, deve contar com a contribuição da sociedade civil, trabalhadores da saúde e gestores dos serviços (Batista; Barros, 2017)¹⁴.

Há um desconhecimento do racismo como dificultador no acesso aos serviços de saúde e da qualidade de vida, da população e dos profissionais de saúde. Apesar da PNSIPN ter sido implantada institucionalmente desde 2009, de acordo com Batista e Barros (2017) os poucos gestores que compreendem os impactos de sua implementação prática, no que diz respeito ao combate à discriminação nos serviços de saúde, combate ao racismo, enfrentamento à morbimortalidade da população negra, não sabem como implementá-la. Isso demonstra que ainda há muito a se percorrer, entretanto interromper com o processo de implementação da PNSIPN, tal como temos visto nos últimos anos, é assumir o agravamento de todas as intempéries, adoecimentos e mortes causadas pelo racismo em todas as suas facetas, o que representaria considerável perda social, econômica e política ao país.

Uma evidente problemática da configuração dos postos políticos e espaços de poder do Setor Saúde, resultante do racismo institucional, diz da ausência de negros ou não negros solidários à luta antirracista. Essa configuração dificulta a produção de conhecimento científico em saúde, bem como de sua validação e traz problemas à gestão e funcionamento do SUS. O que se apresenta como reivindicação pelo campo da saúde da população negra, é o enfrentamento das iniquidades raciais em todos os setores e, concomitantemente, a busca da universalização do direito à saúde (Faustino, 2017).

Sônia Barros (2020), já mencionada anteriormente, enfermeira graduada em 1973 na Universidade Federal da Bahia, dedica sua atuação e estudos nos temas voltados à política de saúde mental, enfermagem em saúde mental, exclusão social de pessoas com doenças mentais e compõe grupo de pesquisas relacionadas à Política Nacional de Saúde Integral da População

¹⁴ Importante ressaltar que desde o início do presente ano, com a posse do presidente Luís Inácio Lula da Silva, em seu 3º mandato, esta pauta tem sido uma das prioridades de modo que foram estabelecidos Grupos de Trabalho de saúde da população negra em que saúde mental, anemia falciforme e comunidades quilombolas (dentre outros), serão temas prioritários. Disponível em: <https://amb.org.br/brasil-urgente/governo-lula-articula-gts-de-saude-da-populacao-negra-e-das-mulheres/>. Acesso em: 09 de jun. 2023.

Negra, sendo também, outra importante pesquisadora do tema voltado às questões de racismo e saúde mental no Brasil. Apresenta algumas alternativas e contribui significativamente para a construção de mecanismos que privilegiem uma atuação antirracista, trazendo recomendações imprescindíveis para os serviços em saúde mental.

A autora fala da necessidade de se incluir uma política de saúde mental antimanicomial e antirracista, da urgência em fomentar estratégias de superação do racismo na Rede de Atenção Psicossocial, da necessidade de se discutir racismo estrutural pelo viés da branquitude com a equipe técnica dos serviços de saúde mental, reforçando a necessidade de se racializar a discussão em saúde mental no país. Esses são alguns dos mecanismos de combate ao racismo no serviço de saúde mental e que requer conhecimentos envolvidos com a saúde da população negra, suas especificidades e o que determina os processos de saúde, doença e morte dessa população.

5. CAMPINAS, CÂNDIDO, OS CAPS: CARACTERIZAÇÃO E HISTÓRICO.

Para compreendermos o quanto os(as) profissionais universitários (as) de saúde mental estão apropriados à PNSIPN, que se apresenta como principal documento orientador nos cuidados em saúde da população negra, permitindo refletir e questionar os atravessamentos do racismo institucional e as implicações de uma atuação que considere os aspectos étnico-raciais entendendo, como demonstramos no capítulo anterior, a importância da formação, definimos o lócus da pesquisa os CAPS na cidade de Campinas. Portanto, neste capítulo apresentamos o município de Campinas trazendo um breve resgate histórico, com o intuito de demonstrar o quanto a configuração histórica é determinante no modo como a cidade se apresenta hoje no aspecto sociológico e geográfico, bem como os dados relativos à sua população. Apresentaremos os procedimentos de seleção dos CAPS participantes da pesquisa e seus respectivos territórios.

5.1 - Aspectos históricos e geográficos de Campinas

Localizada no interior do estado de São Paulo, há aproximadamente 90km da capital, conta com uma área territorial de 794,571 km². De acordo com o Censo do IBGE, realizado em 2010, contava com 1.080.113 habitantes e, de acordo com os dados do Censo 2022, atualmente a população é de 1.138.309 pessoas (IBGE, 2023).

Uma cidade que se caracteriza pelo histórico escravista e pela influência das relações com ex-escravizados e seus valores, Campinas recebe o título de última cidade do Brasil a abolir a escravidão. Isso se dá pelo fato de que, mesmo após 13 de maio de 1888, com a homologação da Lei Áurea, os senhores que se colocavam contra a abolição, mantiveram suas práticas escravagistas, sujeitando os escravizados às mesmas condições. Também se sabe que, mesmo os já libertos ou serviçais, sofriam as violências e agressões na condição de escravizados, tendo isso se estendido até meados de 1920 (Martins, 2017).

Portanto, o território de Campinas se consolidou, sofrendo fortes influências, a partir da presença dos africanos escravizados, de suas mãos e da força de seus braços. Tal presença, formada por grande contingente africano, gerava de igual modo grande receio e estado de vigília aos senhores de engenho e barões do café e estes, com o intuito de manter o controle e a manutenção da ordem, centralizavam o poder em si. Quanto mais escravizados, maior a necessidade de centralizar o poder. Esse movimento fez com que Campinas ganhasse a fama de um dos lugares em que os donos de escravos eram mais violentos e severos. Seu caráter ameaçador causava grande temor, também a escravizados de outras regiões e denotavam a preocupação com o intuito de conter, evitar ou extinguir, permanentemente, possíveis revoltas ou insurreições dos escravizados (Martins, 2017).

Em seu histórico, consta que ao final dos anos 1700 a produção de açúcar apresentava-se como meio econômico de maior importância e em expansão no município de Campinas. Por esse motivo, com o aumento de engenhos ocorreu também grande migração de pessoas escravizadas. Conseqüentemente, o crescimento populacional e econômico resultou em aumento de comércio e diversificação das atividades urbanas (Martins, 1995).

A infraestrutura estabelecida pela produção da cana, como: a acumulação de capital, desenvolvimento da comercialização e de transporte, implementação de estradas, a mão-de-obra escrava, dentre outros fatores, serviram de alicerce para a substituição dos canaviais pelos cafezais, de modo que em meados de 1830 deu-se início, com êxito, ao plantio de café. Para além de tais fatores, o mercado externo encontrava-se saturado do açúcar e necessitado do café, que por sinal, à época, era lucrativo (Silva, 2006).

Nesse ínterim a atividade da cana, de início, se manteve com o início da atividade do café, entretanto se tornando menos expressiva economicamente; de modo que o engenho vai saindo de cena para a entrada da fazenda de café. Em 1836 havia nove fazendas empenhadas no plantio de café no município e na metade do século XIX já era o produto mais importante da região, sendo que no ano de 1842 estaria às vésperas de ser considerada, em âmbito internacional, a maior produtora de café do mercado. A riqueza gerada pela produção de café, projetou o município como um importante polo de atividades comerciais, empresariais, relevante núcleo cultural e como centro de serviços (Silva, 2006).

Para além dos engenhos, que concentravam expressivo número de pessoas escravizadas, a expansão do plantio de café em Campinas, abundante até 1850, trouxe consigo o aumento da mão-de-obra escrava. Nesse mesmo ano, mesmo com a diminuição da produção de cana, três dos principais engenhos (Cachoeira, Morro Alto e Santinho) somavam juntos 355 escravizados. E em 1873 apenas duas, das principais fazendas de café (Santa Maria e Morro Alto) somavam 437 escravizados (Ribeiro; Nogueira, 2016).

De acordo com Martins, em pesquisa realizada que traz informações sobre a agricultura de Campinas no início do século XIX:

A população de Campinas passou por mudanças no que diz respeito à sua composição racial. Poderíamos dizer que em 1800, Campinas era uma vila mestiça porque 44,5 % de sua população era constituída por pessoas pardas (somando-se os pardos livres e escravos). Os brancos eram 28,7 % e os negros 26,8 %. Em 1817, as pessoas pardas representavam 27,3 % da população, sendo que em números absolutos continuou praticamente a mesma de 1800. A população negra passou a 40,5 % do total, ultrapassando a branca: 32,2 %. Enquanto a população parda permaneceu praticamente estacionária (em termos absolutos) em relação ao ano de 1800, as populações negra e branca experimentaram grande impulso, especialmente a negra. No ano de 1829, os negros representavam 56,2 % do total. Os brancos tiveram um pequeno decréscimo em relação a 1817, 31,6 %. A população parda

sofreu um grande refluxo, caindo para 12,2 %. Se considerarmos os números absolutos, a população parda estava menor ainda que em 1800 (Martins, 1995, p.36).

Essa grande movimentação no início do século XIX, pela qual Campinas passava, trouxe expressivo desequilíbrio quantitativo relacionado a configuração racial da população. Nos primeiros 30 anos, comparada a população livre, a escrava cresceu 3,2 vezes a mais (Martins, 1995). No meio do século, o município já constava de 24 mil habitantes, destes 14 mil escravos e 10 mil livres (Silva, 2006).

Apesar da expressiva presença de pessoas pretas no território, atualmente as violências se expressam também no modo em que essa história foi apagada em algumas das arquiteturas. Conforme aponta Silva:

Das senzalas destinadas a abrigar essa numerosa escravaria, poucos vestígios chegaram até nós. Reduzidas, hoje, a restos arqueológicos, o estudo dessas habitações depende, em parte, de outras fontes, como os testemunhos escritos, os inventários e a restrita iconografia encontrada na região. Embora o trabalho escravo fosse a viga mestra da fazenda de café por muitas décadas, a entrada de mão-de-obra assalariada e a abolição da escravatura fizeram as senzalas perderem sua função e existência (Silva, 2006, p.116).

O município, historicamente caracterizado como grande centro econômico e cultural à época, dentro da lógica estabelecida em que as práticas sócio-raciais cotidianas se relacionavam com o município, estado e federação, contribuiu também para a divulgação das teses racistas advindas da Europa. Apesar da abolição, nota-se graves consequências e subdesenvolvimento dos ex-escravizados, uma vez que seus direitos continuaram desiguais. Nesse processo, com o fim da escravidão, tal população se instala em territórios possíveis de ocupação, que substituíram as senzalas, e seus descendentes vão se instalando e configurando os cortiços, favelas e periferias (Martins, 2017).

O reflexo de tal histórico se expressa de maneira contundente na formação e configuração dos territórios e nos aspectos sociais das populações. De acordo com o último levantamento realizado pelo IBGE (2010), no que diz respeito a autodeclaração do quesito raça/cor das pessoas, 66,7% se declararam brancas, 25,4% pardas e apenas 6,5% se declararam pretas.

Se somarmos o percentual das pessoas que se declararam pardas com as que se declararam pretas, o resultado não atinge nem 50% do total de percentual das brancas. Podemos inferir-que o histórico de violência e apagamento da história no período da escravização tenha interferido no reconhecimento que a população tem de si mesma.

5.2 - Cândido Ferreira e o pioneirismo de Campinas no campo da saúde

Campinas é reconhecida por seu pioneirismo na organização do modelo de serviços públicos no país, pois em 1976 iniciava a implantação da Atenção Primária de Saúde, um dos primeiros municípios a realizar o feito. Com o apoio da comunidade e de duas Faculdades de Ciências Médicas de Universidades do município (PUCC e UNICAMP), contou com estagiários, residentes e médicos generalistas para a implantação de Postos de Saúde Comunitária (Campos, 2000).

Dessa forma, os serviços de Saúde Mental, composto por assistente social, psicólogo e psiquiatra, passaram a ser oferecidos na rede (Campos, 2000). À época, o município contava com alguns Centros de Saúde (CS) provindos do Estado, que começava a institucionalizar a saúde comunitária em alguns estados. Sendo assim, em 1978 Campinas já havia implementado um Ambulatório de Saúde Mental e contava com 16 Postos de Saúde (Campos, 2000).

O protagonismo de Campinas na questão da saúde mental, tem forte influência do movimento popular e de esquerda, movimentos expressivos não só na área da saúde, mas de habitação e condições urbanas, em meados da década de 70. Sua trajetória envolve avanços também na área da educação e assistência social, que tem interface direta com o campo da saúde (Campos, 1990). O Movimento Popular de Saúde, à época, foi fundamental na estruturação da rede de unidade básicas de saúde, atuando de forma extremamente organizada (Luzio; L'Abbate, 2006).

Conforme apontam Luzio e L'Abbate (2006):

[...] Desde a década de 1980, o município assumiu a responsabilidade de construir um sistema integrado de saúde. No que se refere à saúde mental, com base na avaliação do trabalho desenvolvido na rede básica de saúde, integrou-se, de modo progressivo e nos vários níveis de complexidade, a assistência em saúde mental ao sistema geral de saúde. Assim, essa experiência, associada às parcerias das duas universidades e do movimento popular por saúde, permitiu a construção de um modelo assistencial “em defesa da vida”, voltado para a reorganização e ampliação da atenção em saúde, norteadas pelos princípios e diretrizes do SUS e de um sistema de co-gestão formado por espaços coletivos em que se viabilizam as diretrizes do governo, fortalecem os sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários), bem como permite a transformação das relações de dominação, criação de novos contratos, composição de consensos, alianças e implantação de projetos (Luzio; L'abbate, 2006, p.296).

Apesar das investidas na rede de saúde com a implementação da política de saúde vigente no estado, não houve real alteração na lógica do cuidado, que continuou sendo predominantemente manicomial. A mudança começou a partir da eleição de uma gestão

municipal que se comprometia com a construção do SUS, aliada aos movimentos populares, no ano de 1989 (Luzio; L'Abbate, 2006).

Em seu histórico, na década de 20, Campinas contando com a ação da segurança pública, mídia, saúde e filantropos, lançou mão de estratégias para recolher a população desviante da sociedade. Nesses moldes, foi fundado o Instituto de Dementes de Campinas, onde eram institucionalizados os loucos, negros, homossexuais, prostitutas, órfãos... instituto esse que mais tarde se tornaria o Sanatório “Dr. Cândido Ferreira” (Campos, 2000).

Cândido Ferreira, manteve o formato de Sanatório filantrópico durante décadas, funcionando no modelo de assistência psiquiátrica igual aos demais hospitais psiquiátricos, com recursos técnicos deficientes e de má qualidade. Mantinha até os anos 1990, 131 internos crônicos e nesse mesmo ano firmou com o município um convênio de cogestão, de modo que diversos profissionais que atuavam no ambulatório de saúde mental do estado, foram realocados para trabalhar no sanatório (Campos, 2000). No processo de cogestão a instituição passa a se chamar Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e essa mudança, com vistas a substituição da lógica hospitalocêntrica para uma lógica de cuidados territoriais, envolve a implementação de vários outros serviços, dentre eles, um hospital-dia, fundado em 1990, com o intuito de prestar, diariamente, atenção fora da instituição hospitalar (Zambenedetti, 2009).

Com isso, assumem o objetivo de romper com a lógica do tratamento por confinamento das pessoas, os internos foram sendo realocados a residências terapêuticas no território, planejadas pelos próprios profissionais da saúde e começa-se a planejar a implementação do cuidado na atenção básica (Campos, 2000). A partir de então, inicia-se um movimento tenso, que envolveu a resistência de muitos profissionais do campo, de reformulação e estruturação de uma rede de saúde mental, que contava com os Centros de Saúde, para se pensar e planejar a saída dos internos do Sanatório. Dessa forma, passam a receber o egresso que se tornava referenciado na atenção básica pelo Centro de Saúde, a partir do território de sua residência (Campos, 2000).

Conforme ressalta Zambenedetti (2009), o processo da construção da rede de atenção em saúde mental para substituir o hospital psiquiátrico, não diz apenas do deslocamento dos espaços de cuidado, mas sim de uma substancial mudança de práticas no campo e dos paradigmas da saúde mental. Ele ainda complementa que:

A necessidade de uma atenção em rede emerge justamente porque o hospital psiquiátrico e as práticas nele agenciadas deixam de ser suficientes para dar conta das demandas engendradas no processo de produção de saúde, as quais envolvem articulações tanto intrassetoriais – serviços e ações de saúde dos diferentes níveis de

atenção – quanto intersetoriais – moradia, trabalho, cultura (Zambenedetti, 2009, p.335).

Mediante tal processo, os profissionais foram percebendo a necessidade de um serviço especializado, para além da atenção básica, que atendesse as reais demandas dos egressos crônicos e, a partir daí, os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), foram implantados de início como equipamentos intermediários, não sendo serviços de “portas abertas” e recebendo os casos via atenção básica, constituindo-se no primeiro semestre de 1993 (Campos, 2000).

O protagonismo no campo da saúde mental no processo desenvolvido pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), no município de Campinas-SP, fez com que, em 1993, fosse considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como referência em saúde mental (Zambenedetti, 2009); logo, além do reconhecimento internacional, também é considerado referência nacional na Reforma Psiquiátrica Brasileira (Silva; Souza, 2008). E conforme artigo produzido em 2008, Silva e Souza já descreveram que:

[...] o Cândido Ferreira tem como principais objetivos a desospitalização, a participação social dos usuários e o respeito ao direito à convivência dos diferentes. Para alcançar esses objetivos, as grades, que antes segregavam e escondiam a loucura, foram removidas, as portas foram abertas e os métodos punitivos, como o eletrochoque e a camisa de força, abandonados. Assim, a maior parte dos tratamentos está focada na promoção da cidadania e na reinserção produtiva dos usuários na vida familiar e comunitária (Silva; Souza, 2008, p.154).

Cabe ressaltar que um dos dispositivos implementados na história de desinstitucionalização de Campinas, foram os Centros de Convivência (CECOs). Também compostos por equipes multidisciplinares, ofertam oficinas culturais e esportivas diversas, para pessoas de todas as idades e aberto à toda comunidade, desse modo fomentando a inclusão e promovendo convivência entre a comunidade e os usuários da saúde mental. Os CECOs fazem diálogo direto com diversos setores: cultura, esporte, educação, assistência social. Desta forma se configura como um importante dispositivo intersetorial, essencial para a inclusão, apropriação do território e das políticas públicas diversas e consequente pertencimento dos usuários (Cândido, 2022).

Por se caracterizarem nos territórios como dispositivos da rede de atenção substitutiva em saúde mental, fundamentalmente concebidos na área da cultura e não atrelados a saúde diretamente, os CECOs demonstram-se como potentes espaços de articulação à cultura e à vida cotidiana às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2015).

5.3 - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - caracterização territorial e escolha do lócus

Para identificarmos as regiões do município de Campinas-SP, com maior número de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas e selecionar os centros de atenção psicossocial (CAPS) geridos pelo serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira que atendem tais territórios, buscamos informações no acervo do sistema IBGE de recuperação automática (SIDRA), (<https://sidra.ibge.gov.br/home/pimpfbr/brasil>) e no site da vigilância socioassistencial do município de Campinas (<https://smcais-vis.campinas.sp.gov.br/relatorios/relatorio-de-informacoes-sociais-do-municipio-de-campinas>), no relatório de informações sociais de Campinas, versão atualizada em 2016. Evidenciou-se que os territórios que concentram o maior número de pessoas pretas e/ou pardas, são as regiões sudoeste e noroeste do município.

Estes territórios de Campinas, com o maior número de pessoas que se autodeclaram pardas e pretas, se concentram em regiões periféricas do município. De acordo com o Relatório de Informações Sociais do Município de Campinas (2015), nas regiões Noroeste e Sudoeste, aproximadamente 50% dos residentes se autodeclaram pardos ou pretos. Por este motivo, essas foram as regiões escolhidas como lócus da pesquisa.

A região Noroeste se caracteriza por ser a região de menor área (63.330km²) e pelo fato de, apesar de ser o território com menor número de habitantes (133.086) do município, comparada às outras quatro, concentra o maior número de Unidades Habitacionais (UH) (5.000 unidades), sendo a maior parte delas do programa Minha Casa, Minha Vida. Apesar de concentrar o menor número de habitantes, está em segundo lugar nos dados do Sistema de Notificação de Violências (SISNOV) do município que computam as informações de violência (interpessoal, intrafamiliar, urbana/comunitária e autoprovocada), contando com 354 ocorrências, atrás apenas da região Sul, que computa 482 ocorrências, a qual concentra o maior número de habitantes (316.671 habitantes - número maior que o dobro de habitantes comparado a Noroeste) (Marchesini, 2015). É nessa região que está concentrado um dos CAPS que se prontificou a participar da pesquisa (CAPS 1).

A região Sudoeste está em segundo lugar com relação ao número de habitantes (253.061), atrás somente da região sul e também tem o segundo maior território do município (99.606km²). O território é caracterizado por conter áreas que foram ocupadas com sub-habitação, de forma que o sistema de saneamento básico é precário em muitos locais e se encontram esgotos domésticos que são lançados, sem tratamento, em vias públicas e até mesmo em corpos d'água que entrecruzam a região. Quanto aos aspectos de violência, citados

anteriormente, a região está em terceiro lugar em número de ocorrências registradas (346), logo após à região Noroeste (CAMPINAS, 2015). É nela que se localiza o outro serviço que se disponibilizou a participar da presente pesquisa (CAPS 2).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são compostos por equipe multiprofissional formadas por assistentes sociais, médicos(as), terapeutas ocupacionais, psicólogos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e monitores(as) que visam o trabalho interdisciplinar, priorizando o atendimento de pessoas com qualquer tipo de transtorno mental (Brasil, 2015). A proposta é que as pessoas possam obter um tratamento multiprofissional, de maneira livre e autônoma, tendo livre acesso às ações comunitárias e à família, bem como ter liberdade em seus afazeres diários e sejam estimuladas para tal. Desta forma tendo garantido o exercício de seus direitos, como estabelece, por exemplo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1988. A saber, em seus artigos 3º, 5º e 27º:

[...] Todo Indivíduo Tem Direito À Vida, À Liberdade E À Segurança Pessoal. [...] Ninguém Será Submetido A Tortura Nem A Penas Ou Tratamentos Cruéis, Desumanos Ou Degradantes.[...] Toda A Pessoa Tem O Direito De Tomar Parte Livremente Na Vida Cultural Da Comunidade, De Fruir As Artes E De Participar No Progresso Científico E Nos Benefícios Que Deste Resultam (UNIC, 2009).

O processo de acolhida dos antigos moradores dos hospitais psiquiátricos nas RTs, e o consequente acompanhamento dos mesmos nos CAPS, configuram-se parte do movimento que recebe o nome de desinstitucionalização, tendo em vista que as propostas desses serviços tem um compromisso de acompanhar e oferecer tratamento dessas pessoas na comunidade que moram, tanto com relação à proteção e assistência, quanto ao retorno à vida e espaços sociais (urbanos e comunitários), tendo como base a construção de novas possibilidades de cuidado, na saída da instituição para a sociedade (Campos; Saeki, 2009).

O movimento de desinstitucionalização não diz somente da retirada das pessoas dos hospitais psiquiátricos para um novo modelo de atendimento, mas pretende também oferecer atendimento a qualquer pessoa da sociedade com sofrimento mental, através dos serviços que compõem a RAPS evitando novas inserções de pessoas em instituições asilares. Portanto, os profissionais desses serviços têm por principal responsabilidade desenvolver projetos terapêuticos singulares junto às pessoas, estimulando cada uma a cuidar de seus afazeres sociais, por meio de acompanhamentos em ações que desenvolvam e facilitem a interação social, fazendo com que possam ser independentes para a realização de tarefas do cotidiano (Almeida; Cezar, 2016).

A implantação dos CAPS, das RTs e as políticas públicas voltadas às pessoas com transtorno mental (Lei nº 10.216/01), resultam no desenvolvimento das potencialidades das mesmas, que em um ambiente democrático, devem ter garantidos seus direitos de respeito à vida, da liberdade e da segurança. Passa-se a compreender a pessoa com transtorno mental como um sujeito com direitos de escolha, capaz de assumir seu tratamento e ter suas vontades e falas validadas. É dessa forma que deve ocorrer o processo de desinstitucionalização e reabilitação social, não meramente pela saída dos hospitais psiquiátricos e garantia dos direitos, mas na validação e construção de seus desejos, das relações afetivas, produtivas e materiais, efetivando seus direitos substanciais (Belini; Hirdes, 2006; Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1988).

Importante ressaltar que a inserção das residências terapêuticas nos territórios representa uma ação política perpassada por grandes desafios, uma vez que a sociedade carrega estigmas e preconceitos decorrentes da cultura manicomial. Portanto, no processo de saída das pessoas com transtornos mentais dos hospitais psiquiátricos para as residências terapêuticas, há um movimento paralelo que diz respeito à adaptação deles para com a sociedade e vice-versa (Campos; Saeki, 2009). Este preconceito e estigma acabam por enviesar o processo de inserção desses moradores na comunidade, tendo em vista que dificultam as atividades laborais e de relacionamentos interpessoais, compras em mercados, dentre outras ações que perpassam pelas relações sociais. (Deegan, 1998, p.10-19, apud Ricci, 2017, p.219).

Por este motivo, num primeiro momento, fica a cargo dos profissionais das residências e dos CAPS, criar e colocar em prática ações de sensibilização da sociedade, tendo em vista que a Portaria 336/02 estabelece como função as ações de integração dessas pessoas na comunidade e no convívio familiar e social. Essas ações têm o intuito de informar a sociedade e comunidade (vizinhos, comércios, igrejas e demais estabelecimentos próximos à residência, e/ou que serão frequentados pelos moradores), sobre o funcionamento do serviço, objetivo do mesmo e, minimamente, o perfil dos residentes, objetivando desmistificar a visão de loucura. (Almeida; Cezar, 2016).

Refletindo sobre os dados do levantamento já citado, realizado por Sônia Barros et. al. (2014), que demonstraram maior percentual de pessoas negras nos hospitais psiquiátricos do município de São Paulo, em comparação à população geral, entende-se que há um duplo desafio para as(os) profissionais no processo de desinstitucionalização quanto a sensibilização da sociedade: além de desmistificar a loucura, considerar também as iniquidades impostas pelo racismo.

6. OS (DES)CONHECIMENTOS DOS(AS) PROFISSIONAIS UNIVERSITÁRIOS(AS) ATUANTES NA SAÚDE MENTAL SOBRE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Neste capítulo, em um primeiro momento demonstramos quais foram os procedimentos para a realização da coleta dos dados através das entrevistas e questionário, explicamos quais os critérios utilizados para organização dos dados e, para uma melhor visualização, os organizamos em quadros e gráficos de percentual. Após, trazemos recortes das falas dos entrevistados, bem como recorte de frases obtidas através do questionário para realizar a análise dos dados. Resgatamos os textos do escopo teórico, bem como aqueles obtidos através do levantamento bibliográfico para dessa forma realizar a discussão, articulando-os às informações cedidas pelos participantes.

Após apresentação do projeto feita nos CAPS, ao todo dez pessoas se dispuseram a participar da pesquisa, cinco de cada serviço, portanto, não foi necessária a utilização do critério de exclusão (no qual seria considerado a multidisciplinaridade, a questão de gênero, e o quesito raça/cor, no intuito de privilegiar uma participação plural), tendo em vista que não foi excedido o número previsto, estipulado anteriormente. Duas pessoas não deram continuidade, por estarem demasiado atarefadas com questões profissionais e pessoais. Logo, tivemos um total de oito participantes, quatro de cada serviço, que cederam informações através do questionário e entrevista. O critério para adesão foi a formação superior em qualquer campo de conhecimento e estar atuando no CAPS na função.

Foi enviado e-mail à estas(es) profissionais, em que foram convidadas(os) a responder um questionário contendo dez perguntas (Apêndice B) para obtenção de informações pessoais e sobre sua formação e, após, realizado encontro individual virtual, através de plataforma de vídeo conferência, para realização de entrevista oral com seis perguntas (Apêndice C) relacionadas ao conhecimento sobre a PNSIPN, racismo institucional, prática profissional e elaboração do PTS, que teve duração média de 40 minutos.

O processo de organização dos dados dos questionários e das entrevistas transcritas se iniciou com a compilação, em um quadro (Quadro 3), dividido em três blocos, a saber: 1) informações pessoais dos participantes: nome fictício (a fim de preservar suas identidades), autodeclaração racial, gênero e idade; 2) informações sobre a formação: núcleo de formação, instituição e ano em que se graduou, instituição em que se pós graduou (caso tenha pós graduação) e se realizou algum curso que se equipare a educação permanente dentro do tema; 3) informações sobre conhecimentos relacionados ao tema e atuação profissional: se já haviam conhecido ou não a PNSIPN, e outras informações relacionadas diretamente aos objetivos específicos da pesquisa (o conhecimento das(os) profissionais universitárias(os) de

CAPS sobre as especificidades da saúde da população negra, sobre a PNSIPN e sobre os determinantes sociais que produzem as vulnerabilidades deste grupo da população brasileira; em que medida, os cursos de graduação, pós-graduação e/ou educação permanente, realizados por esses profissionais, contribuíram ou não, para a compreensão dos determinantes sociais que implicam na maior vulnerabilidade da população negra e dos efeitos psicossociais do racismo; se a atuação das(os) profissionais universitárias(os), em razão de sua formação profissional, tem considerado as especificidades na construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), valorizando as características próprias e diversas da população atendida nos CAPS em Campinas; a partir da autodeclaração das(os) profissionais universitárias(os), como os aspectos identitários, de branquitude por exemplo, perpassam a relação entre profissionais e usuários(as).

A partir das informações pessoais, pudemos caracterizar os/as participantes da seguinte forma: três pessoas se identificaram como sendo do sexo feminino e cinco do sexo masculino; destas, cinco se autodeclararam como pessoas brancas, dois como pessoas pretas e uma como parda (três negros/as). As idades variaram entre 25 a 44 anos. Quanto às informações sobre a formação, quatro se formaram em psicologia (dois brancos, um negro e uma parda), dois em terapia ocupacional (brancos), um em enfermagem (negra) e um em medicina (branco). O ano de formação variou entre 2012 a 2021.

Três pessoas se graduaram em universidades públicas - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Estadual Paulista (UNESP), e as demais em instituições privadas - Pontifícia Universidade Católica (PUC-Campinas), Universidade Paulista (UNIP) e Fundação Hermínio Ometto (FHO-Uniararas). Apenas um não tinha pós graduação, os outros sete concluíram ou estavam cursando no período das entrevistas alguma pós-graduação (especialização, mestrado e/ou residência multiprofissional), sendo três em instituições privadas - PUC-Campinas, Centro Universitário Salesiano de São Paulo e Instituto A Casa; e cinco em universidades públicas - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). As três pessoas que se graduaram em universidade pública, também realizaram/realizam pós-graduação em universidades públicas.

Apenas duas pessoas haviam feito algum curso de educação permanente na área de atuação, sendo um deles especificamente sobre a PNSIPN pela Fundação Oswaldo Cruz e o outro em instituição privada (Centro Corsini).

Outro dado importante é que, as duas pessoas que se graduaram com idade mais avançada (26 e 35 anos) são as que se identificaram como pretos e, uma delas, era a única pessoa que não tinha realizado pós-graduação. Isso pode estar relacionado ao modo como a sociedade se configura a partir do racismo estrutural, dificultando o acesso dessas pessoas à formação, como aponta Lemos:

O cenário vivenciado pela população negra perpassa um quadro de grave desigualdade e exclusão social. Parte do drama se deve a negação de direitos e ao baixo grau de empoderamento para o acesso às oportunidades presentes na sociedade, pois em geral os negros e negras possuem menor grau de escolaridade, recebem os menores salários, estão expostos às atividades mais insalubres – a exemplo de coleta de materiais reciclados em lixões a céu aberto ou pelas ruas das grandes cidades –, morrem mais cedo e possuem menor participação no Produto Interno Bruto (PIB) (Lemos, 2019, p.27-28).

Com relação ao bloco 3, que reúne informações sobre conhecimentos relacionados ao tema e atuação profissional, foram estabelecidos alguns critérios para facilitar a disposição da informação na tabela. Portanto, para cada objetivo específico da pesquisa, estabelecemos uma classificação de escala crescente, a depender do conjunto de informações declaradas pelo(a) participante que denunciavam o nível de conhecimento do(a) mesmo(a) e a forma como desenvolvia sua atuação no serviço. Deste modo, as classificações foram definidas da seguinte forma:

1. Sobre os conhecimentos envoltos ao tema: “nenhum conhecimento” (quando o participante declarava não ter tido acesso ou não ter estudado o tema anteriormente); “mínimo” (quando o participante declarava ter tido pouco acesso às informações, não dominar o assunto e/ou não ter estudado sobre); “razoável” (quando o participante declarava ter tido acesso às informações e ter estudado sobre, mas não apresentava domínio sobre o tema); “avançado” (quando o participante declarava ter tido bastante acesso às informações, estudado e/ou debatido sobre em algum espaço de formação e/ou atuação e demonstrava amplo domínio sobre o tema);
2. Sobre o quanto os cursos no processo formativo contribuíram para a obtenção de conhecimento:, “não contribuiu”, “contribuiu pouco”, “contribuiu razoavelmente”, “contribuiu muito”.
3. Sobre o quanto os(as) participantes, na atuação, consideram as especificidades relacionadas ao tema e os aspectos identitários que perpassam as relações, foram utilizadas,: “não considera”, “considera pouco”; “considera razoavelmente” e “considera muito”.

Quadro 2 - Níveis em escala crescente.

1	2	3
Conhecimento sobre especificidades, PNSIPN, determinantes sociais	Em que medida os cursos contribuíram para a compreensão dos determinantes sociais	Se a atuação tem considerado as especificidades e os aspectos identitários que perpassam a relação
Nenhum Mínimo Razoável Avançado	“não contribuiu”, “contribuiu pouco”, “contribuiu razoavelmente”, “contribuiu muito”.	“não considera”, “considera pouco”, “considera razoavelmente”, “considera muito”.

Fonte: O autor.

Abaixo apresentamos quadro com as informações coletadas mediante o questionário e as entrevistas:

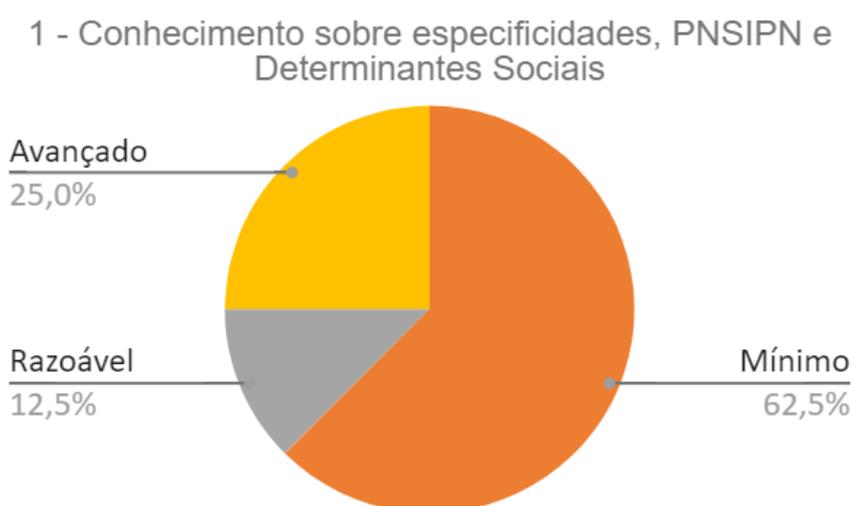
Quadro 3 - Compilação dos dados coletados

Bloco 1 - Informações pessoais				Bloco 2 - Informações sobre a formação					Bloco 3 - Informações sobre conhecimentos e atuação		
Participante	Auto-declaração	Gênero	Idade	Formação	Ano de formação	Instituição Graduação / Contato com o tema	Instituição Pós / Contato com o tema	Demais cursos / Contato com o tema	1 - Conhecimento sobre especificidades, PNSIPN e Determ. Sociais	2 - Em que medida os cursos contribuíram para a compreensão dos determ. Sociais	3 - Se a atuação tem considerado as especificidades e como os aspectos identitários perpassam a relação
Jéssica	Preta	F	30	Enfermeira	2018	UFMS - Sim	UNICAMP - Sim		Avançado	Contribuiu pouco	Considera muito
Juliana	Branca	F	25	TO	2021	UFMG - Sim	UNICAMP - Sim		Mínimo	Contribuiu pouco	Considera pouco
Alex	Preta	M	44	Psicólogo	2013	UNIP - Não			Razoável	Não contribuiu	Considera muito
Rodrigo	Branca	M	26	Médico	2021	UNESP - Não	UNESP - Não	Fundação Oswaldo Cruz - Sim	Avançado	Contribuiu pouco	Considera muito
Carlos	Branca	M	29	TO	2018	PUC - Não	UFSCar - Sim		Mínimo	Contribuiu pouco	Considera pouco
Francisco	Branca	M	31	Psicólogo	2013	PUC - Não	Salesiano - Não	Aprimorament o Profissional Centro Corsini - Não	Mínimo	Nenhuma contribuição	Não considera
Ygor	Branca	M	31	Psicólogo	2016	PUC - Não	UNIFESP - sim / PUC - Não		Mínimo	Contribuiu pouco	Não considera
Adriana	Parda	F	34	Psicóloga	2012	Uniararas - Não	A Casa - Não		Mínimo	Nenhuma contribuição	Considera pouco

Fonte: O autor. * Os nomes utilizados dos participantes são fictícios de forma a proteger suas identidades.

Através da entrevista, obtivemos a informação de que apenas quatro participantes (metade) tiveram contato anterior com a PNSIPN; dois deles na graduação, porém de forma superficial, um através de curso permanente e outro no decorrer da atuação. A maior parte dos participantes dispõe de conhecimento **mínimo** sobre a Política e/ou sobre as especificidades e determinantes sociais relacionados à saúde da população negra. Um deles, Alex (psicólogo, 44a, preto), dispõe de conhecimento **razoável** e apenas dois demonstraram em suas falas conhecimento **avançado** sobre o assunto e sobre as considerações da PNSIPN, Jéssica, enfermeira, preta, 30 anos e Rodrigo, médico, branco, 26 anos.

Figura 1 - Gráfico sobre os conhecimentos



Fonte: O autor

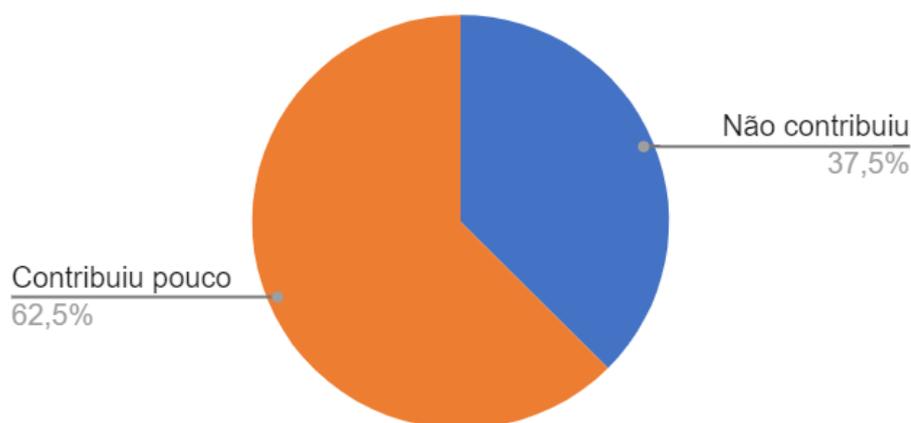
De modo geral, os dados coletados em resposta à pergunta da entrevista: “Pensando no seu processo formativo e nas questões de saúde da população negra, qual sua avaliação sobre os conteúdos presentes na matriz curricular?”, corroboram com as informações do item anterior e, para além, deflagram o quanto o processo formativo realizado pelos profissionais descumpra as normativas e diretrizes voltadas para as questões étnico-raciais e saúde da população negra. Os dados demonstram que as instituições privadas, nas quais os(as) participantes da pesquisa realizaram seus cursos de graduação (UNIP, PUC-Campinas, UniAraras) e de pós-graduação (Salesiano e A Casa) não continham na matriz curricular a abordagem do tema. Por sua vez, os que realizaram seus cursos nas universidades públicas, informaram que os cursos de graduação (UFMS, UFMG e UNESP) e de pós-graduação (UNICAMP, UNESP, UFSCar e UNIFESP) apresentaram alguma abordagem dos temas relativos à saúde da população negra. Cabe ressaltar que o período de formação dos

participantes foi entre 2012 e 2022 (sendo que uma ainda se encontrava cursando a pós-graduação), portanto dentro do período em que as políticas curriculares de ação afirmativa foram aprovadas, bem como a PNSIPN.

Desta forma, de acordo com a devolutiva de cada participante, três deles consideram que o processo formativo **não contribuiu** para obtenção de conhecimentos quanto ao tema desta pesquisa e os outros cinco consideram que **contribuiu pouco**. Nenhum deles entende que os cursos tenham **contribuído razoavelmente** ou **muito**.

Figura 2 - Gráfico sobre formação dos profissionais

2 - Em que medida os cursos contribuíram para a compreensão dos determinantes sociais

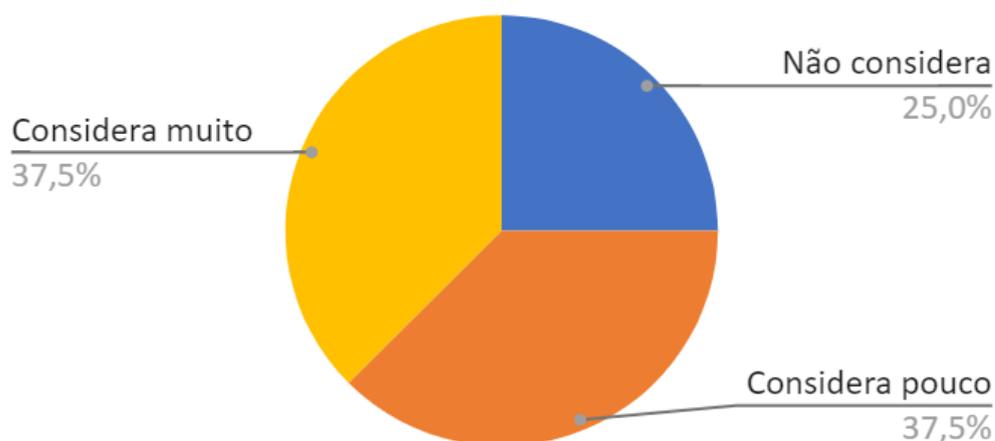


Fonte: O autor

Ressaltamos que as informações acima e o gráfico levaram em conta somente os cursos de graduação e pós-graduação, desta forma, não está representado o curso de educação permanente, em que o participante Rodrigo (médico, 26a, branco) considera que contribuiu muito e foi determinante para sua formação.

Em se tratando da atuação, de acordo com as informações cedidas pelos participantes, pode-se perceber que dois, frente à construção do PTS, **não consideram** as especificidades da população negra, três **consideram pouco** e outros três **consideram muito**.

Figura 3 - Gráfico sobre atuação profissional – a atuação tem considerado as especificidades e como os aspectos identitários perpassam a relação?



Fonte: O autor

6.1 - Do conhecimento político e especificidades de saúde

Jéssica (enfermeira, 30a, preta) demonstra o seu conhecimento sobre a PNSIPN, as especificidades e determinantes sociais relacionados à saúde da população negra quando afirma que:

A política existe, ela tem as suas orientações, eu sei que ela fala muito sobre a questão do quanto o racismo estrutural pode adoecer esse público e do quanto ele é um marcador importante [...] para poder dizer o quanto você acessa, o quanto você pode acessar os serviços de saúde ou o quanto ele te limita. Então ela é importante, mas a gente percebe que tem esse desafio de fato colocar em prática [...] Quando a gente fala em saúde mental da população negra muita coisa vai aparecer de forma mais enfática, a questão social, racial, financeira, econômica e várias outras aí, patrimoniais e muitos outros cenários que a gente vai perceber, então qual é o subsídio que o estado oferece, o município oferece, para poder ter serviços básicos no território dessa população? Para essa população poder acessar né, seja o CRAS, seja a atenção básica, seja um centro de convivência, seja uma unidade de pronto atendimento onde consiga olhar para essa demanda...o próprio sujeito não se sentir pertencente ao território a ponto de não acessar o serviço de saúde, isso é um marcador importante. O próprio sujeito, às vezes, chegar numa unidade hospitalar, com um adoecimento orgânico grave, num estágio avançado, isso diz já do quanto ele não se sente o sujeito de direito para poder buscar o acesso à saúde. Então, às vezes, as pessoas usam o argumento: ‘nossa, mas você negligenciou né, tal quadro de saúde...’ É, mas por que será que ele negligenciou né?! Ele se sente seguro para poder acessar o serviço? O quanto ele é acolhido nesse serviço? O quanto de demanda da vida atravessa a saúde dele e a saúde mental? E aí ele não vai conseguir olhar pra isso...[...] Então, isso tudo são cuidados que a gente observa baseado no racismo estrutural. É muito difícil até de ler e de falar essas coisas, mas existem e a gente precisa dar nome, porque eu percebo que hoje as pessoas são racistas, mas elas se sentem ofendidas quando são identificadas como racistas. (Entrevista Jéssica, 2022).

Essas últimas afirmações, sobre as problemáticas relacionadas às tentativas de denúncia do racismo, encontram respaldo no que Rocha (2018) trouxe em sua pesquisa, em que afirma:

Abordar a questão do racismo, a despeito de todo e qualquer contexto que se enseje trabalhar, não é tarefa simples, direta ou mesmo de rudimentar consecução. Trata-se de um fenômeno de características tão invisíveis na realidade brasileira que tocá-lo representa um esforço de, antes de qualquer outra atribuição, reconhecer e reafirmar a sua existência, em um movimento de negar os pressupostos até hoje vigentes e poderosos que procuram refutar a presença do racismo no cotidiano das relações brasileiras pela afirmação da miscigenação racial e da democracia racial (Rocha, 2018, p.126).

As informações cedidas por Jéssica, corroboram com o que preconiza a PNSIPN, sobretudo nas considerações que ela faz sobre saúde da população negra, relacionando ao contexto social e econômico e ao racismo estrutural. Como podemos notar logo na apresentação do texto, em que se afirma que a política:

[...] é um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras (BRASIL, 2017, p.7).

Importante também a problematização que ela faz sobre o que o estado e o município se propõem a fazer em prol do estabelecimento de serviços de qualidade voltados à população, pois essas responsabilidades também estão preconizadas no texto da política, quando se afirma que:

A Política também reafirma as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS – governo federal, estadual e municipal – na efetivação das ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, para garantir o acesso da população negra a ações e serviços de saúde, de forma oportuna e humanizada, contribuindo para a melhoria das condições de saúde desta população e para redução das iniquidades de raça/cor, gênero, identidade de gênero, orientação sexual, geracionais e de classe (BRASIL, 2017, p.8).

A participante em questão se graduou em universidade pública (UFMS) e apontou que já na formação teve acesso a PNSIPN, que por seu campo de atuação, era focado nas questões biomédicas. Reforçou que em sua pós-graduação (Residência Multiprofissional) em outra universidade pública (UNICAMP), teve mais acesso aos conteúdos, nem tanto pelas vias formais, dentro do currículo, mas mais através dos coletivos desenvolvidos na universidade; trataremos disso mais adiante.

Rodrigo (médico, 26a, branco) também demonstrou em suas respostas conhecimento sobre a PNSIPN: “eu fiz um curso online da Fundação Oswaldo Cruz de Brasília sobre a Saúde da População Negra, e participei de eventos da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) sobre a PNSIPN.”.

As formações de Rodrigo também se deram através de universidades públicas (graduação e pós-graduação na UNESP), entretanto ele relata que o currículo do curso não contemplava as questões étnico-raciais, nem mesmo a PNSIPN e pontua que “Essas populações só eram citadas quando se apresentavam as incidências e fatores de risco, como anemia falciforme, sem uma abordagem crítica”. Acrescenta ainda: “Na faculdade a Política sequer foi citada.”.

Para além deles, outra participante, Juliana (Terapeuta Ocupacional, 25a, branca) também formada em Universidade pública, refere contato superficial com o tema e com a PNSIPN durante a formação, afirmando: “tive acesso na disciplina de “intervenções em terapia ocupacional II”, mas foi passado de forma rasa, sem aprofundamentos, para além de uma aula.” E complementa:

Durante a graduação não tive disciplinas específicas para o tema da saúde da população negra, porém nas disciplinas “processos de inclusão social” e “intervenções em terapia ocupacional II” eram abordados temas relacionados à saúde das pessoas negras, indígenas, trans, população lgbtqi+, pessoas em situação de privação de liberdade e em situação de rua. Foram abordados aspectos históricos que impactam hoje no funcionamento institucional racista e também nas relações interpessoais que se caracterizam também ainda racistas, e como esse funcionamento atravessa diretamente o cuidado das pessoas negras na rede de saúde, uma vez que tanto a própria rede, como também os trabalhadores ainda funcionam de forma preconceituosa. Também foi abordado como o adoecimento mental das pessoas negras é alimentado pela nossa sociedade que reproduz a desigualdade racial. (Entrevista Juliana, 2022).

Considerando que tanto Jéssica, quanto Rodrigo e Juliana se formaram em universidades públicas, percebemos que a incorporação dos conteúdos ainda acontece de forma tímida nesses espaços. Como bem apontaram Monteiro, Santos e Araújo (2021) em suas análises, foram poucas as universidades públicas, dentre os quatro estados (Bahia, Sergipe, Alagoas e São Paulo), que incluíram a abordagem étnico-racial nos currículos de seus respectivos cursos de saúde, considerando os projetos político-pedagógicos atualizados após o ano de instituição da PNSIPN (2009). Tal informação se atrela ao que Vieira já havia apontado:

Embora existam leis que obriguem a inclusão do tema saúde da população negra na formação dos profissionais da saúde, esse processo ainda ocorre de forma lenta, tendo em vista que as instituições possuem em suas estruturas processos discriminatórios e relações desiguais de poder (VIEIRA, 2020, p.48).

Há um quarto participante, Alex (psicólogo, 44a, preto), que se graduou em instituição privada e relata não ter tido contato com a PNSIPN ou com o tema em sua formação acadêmica, mas demonstrou conhecimento sobre os determinantes sociais. Sugere-se, com

toda cautela, que o fato de ser um homem preto e de origem periférica, sua experiência de vida se apresenta como processo formativo, permitindo uma atuação que considera tais aspectos. A seguir trazemos trecho de sua fala quando aborda a atuação dos demais profissionais da área:

Tende-se a ter um olhar mais social, que tem o seu sentido, mas deixa de lado questões subjetivas desse ser que é uma pessoa preta, que é diferente de um homem branco. Ele tem outras dores, tem outros sofrimentos, ele quase sempre é alguém que está à margem, é quase sempre alguém que perde muito cedo, é sempre alguém que está sempre colocado em xeque ou em dúvida o seu caráter. Ainda mais essas pessoas que estão sob essas circunstâncias de um uso problemático de substâncias, isso é uma pecha mesmo né. Então eu sempre tento chamar os colegas para uma reflexão um pouco mais aprofundada. Porque o cuidado precisa ser de um modo integral. (Entrevista Alex, 2022).

O relato de Alex se aprofunda na problematização do racismo e dos estereótipos presentes na existência de um homem negro, bem como dos prejuízos provindos das violências sociais. Lima, através de sua pesquisa, contribui com o raciocínio do participante ao afirmar que:

A investigação sobre os efeitos do racismo permitiu demonstrar que os reflexos da escravização negra estão presentes e enraizados na população brasileira. O modo escravocrata de relacionamento continua operando na sociedade pela forma como o Estado e os indivíduos tratam essa população. Não é um mero maltrato ou falta de educação, mas de racismo sistemático, continuado e estrutural. O racismo faz com que a repetição anual dos dados da violência e a distância abissal entre negros e não negros seja banalizada e naturalizada. Os negros têm sido tratados continuamente como cidadãos de segunda classe que tem seus direitos retirados, sendo tratados como suspeitos (Lima, 2018, p.152).

Para além dos três participantes citados, duas (Jéssica e Juliana) que afirmaram ter tido contato com a PNSIPN durante a formação e um (Rodrigo) através do curso permanente na área, há também Francisco (psicólogo, 32a, branco), que afirmou ter tido o primeiro contato no campo de atuação: “Meu primeiro contato foi durante atividade profissional em serviços da política pública de Assistência Social”.

Os demais participantes relatam não ter tido contato com a PNSIPN, ou mesmo com qualquer assunto que envolva as especificidades de saúde da população negra, quando muito, em citações isoladas em alguma aula na graduação. Ressaltamos aqui que para esses, o primeiro contato com a política se deu através da minha ida aos CAPS, em que apresentei a intenção da pesquisa e discurssei sobre a PNSIPN, como podemos evidenciar na fala de Carlos (Terapeuta ocupacional, 29a, branco): “Acho que quando você vai apresentar sua pesquisa e aí você vai trazer um pouco dessa perspectiva, eu posso te dizer que foi aí então que eu tive esse contato... então de fato eu não tinha contato anterior”. Também Ygor (psicólogo, 31a, branco)

confirma essa constatação: “Antes disso eu nunca tinha parado para ler né, aliás nunca tinha ouvido, isso que eu quero dizer, de maneira consciente, né?!”.

Francisco, que cita um primeiro contato na atuação na Assistência Social, reforça seu desconhecimento apesar disso:

Meu conhecimento sobre a política é bem restrito, trabalho no CAPS desde novembro de 2020, até então eu não tinha notícias da política, das diretrizes, enfim o que eu tive de contato até então, era para atividades para conscientizar os profissionais em relação ao racismo estrutural, como a rede poderia oferecer um acolhimento, oferecer uma escuta qualificada né, para essas questões que vão definindo a experiência do sujeito na sociedade. Então, acho que o contato assim, mais direto, foi através da sua pesquisa. [e completa] Eu acho que isso já é um feito, de estar participando da pesquisa, me colocar mais em contato, então acho que acaba sendo um efeito interessante de estar participando na pesquisa. (Entrevista Francisco, 2022).

Importante ressaltar que o desenvolvimento da pesquisa teve caráter formativo para os(as) participantes, uma vez que alguns se interessaram pelo tema e fizeram movimento para conhecer mais do assunto, conforme apontou Alex, por exemplo: “Tive acesso na verdade a essas informações, parcialmente no ano passado e um pouco mais sobre, depois que você foi até lá o serviço pra mostrar sua pesquisa. Tanto que acabei dando uma olhada, mas antes disso não tinha conhecimento de nada.” (Alex, psicólogo, 44a, preto). Também Ygor (psicólogo, 31a, branco) contribui falando sobre sua reação após esse primeiro contato em que teve ciência da existência da PNSIPN: “Eu até pensei em ler depois que você apresentou o projeto, mas decidi não ler pra também, como eu estava com a pretensão de participar, ser sincero com o que estava acontecendo ali e com o que eu ia falar aqui.”

A falta de conhecimento por parte dos profissionais, expressa em suas falas, deflagra o descumprimento das legislações (DCNERER, PNEPS e PNSIPN) pelas universidades, no que se refere a abordagem de temas relacionados às questões étnico-raciais nos cursos de graduação. Descumprimento esse, denunciado nos estudos que foram encontrados durante o processo de levantamento bibliográfico desta pesquisa e abordados no capítulo 3. Os autores apontam que, mesmo mediante a obrigatoriedade de inclusão do tema na formação dos profissionais de saúde, são poucas as universidades públicas que atualizaram seus projetos pedagógicos e, conseqüentemente, a matriz curricular, incluindo nos cursos de saúde a temática étnico-racial. Sugerindo que isso é resultado de relações desiguais de poder e de processos discriminatórios resultantes do racismo estrutural (Monteiro, 2021; Vieira, 2020).

Da mesma forma, a falta de conhecimento denuncia que não há nenhum processo de educação permanente sendo fornecido aos profissionais nos CAPS em que a pesquisa foi realizada, conforme recomendação da PNSIPN (2017), que como citado anteriormente tem

por diretriz a inserção da temática, para além da formação, nos processos de educação permanente dos profissionais da saúde. Os participantes relatam alguma iniciativa tímida, da instituição junto à prefeitura, ocorrida pouco depois do início de nosso contato e apresentação do projeto nos CAPS selecionados, como informa Adriana:

[...] essa informação chega muito recentemente, inclusive acho que foi depois da sua vinda na reunião de equipe, em função de um evento que houve na Intersetorial da sudoeste e que o tema, justamente proposto, foi falar sobre essa política e me parece que foi rodado uma “cartilhazinha” com algumas informações mais pontuais. (Entrevista Adriana, 2022).

Somente um dos CAPS teria participado desse evento citado, em que uma profissional foi representando o serviço. Buscamos ter acesso a cartilha referida, entretanto ninguém da equipe tinha, nem mesmo o coordenador. A falta de organização e morosidade das instituições quanto à educação permanente dos profissionais, como aponta Vieira (2020), se dá por conta de relações desiguais de poder e processos discriminatórios que estruturam tais instituições, fazendo com que não cumpram as leis existentes. Destacamos que os participantes não citaram qualquer outra capacitação que tenham tido nos últimos anos, seja oferecida pela prefeitura ou pelo Cândido Ferreira.

6.2 - Das contribuições no processo formativo

Se nos debruçarmos nas informações coletadas junto ao participante Rodrigo (médico, 26a, branco), pode-se perceber que a iniciativa da educação permanente se diz de importante ferramenta para capacitação e continuidade na formação e atuação profissional, para uma atuação antirracista, bem como disposto na PNEPS:

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004, p.20).

Ainda em relação a Rodrigo (médico, 26a, branco), a respeito de sua formação, ele afirma:

Eu nunca tive um debate sobre racismo nas minhas aulas de saúde pública e era uma professora fenomenal, mas você percebe que o debate sobre o quanto você ser negro no Brasil impacta, ele não chegou ainda nas pessoas mais críticas da universidade (Entrevista Rodrigo, 2022).

Sobre essa afirmativa, Lima traz informações precisas que elucidam a questão:

As análises das DCN e literatura, evidenciaram que professores e estudantes durante todo o percurso escolar não têm acesso ao conteúdo que possa equalizar os cidadãos. A vida escolar não acolhe os conteúdos previstos na Lei 10.639/03 e isso faz com que professores e estudantes não conheçam as contribuições negras para a saúde, um silenciamento benéfico para a continuação do racismo (Lima, 2018, p.152).

O fato de uma professora fenomenal, conforme afirma Rodrigo, não considerar tais aspectos, não significa necessariamente que a informação não tenha chegado até a pessoa, uma vez que pode ter chegado e ter sido desconsiderada, por não ser entendida como relevante e isso pode estar atrelado à concepção do mito da democracia racial, conforme contribuem Cândido et al.:

A dificuldade de criar pautas para combater o racismo no Brasil fundamenta-se no mito da democracia racial, na negação de sua existência, com extrema resistência à nomeação desse fenômeno social, o qual estabelece outro, chamado branquitude (Candido et all, 2022, p.2).

Rodrigo informa que realizou sua capacitação em curso oferecido pela UNA-SUS, sob responsabilidade da Fundação Oswaldo Cruz e considera que o “foi um divisor de águas, porque ali eu tive acesso a dados [...] descobri que as mulheres negras recebem menos anestesia nos partos, porque elas são consideradas mais fortes [...] há 4 vezes mais mortes de mulheres negras no estado de São Paulo, que de mulheres brancas.” (Entrevista Rodrigo, 2022)

A formação obtida possibilita a Rodrigo perceber as violências pelas quais as mulheres negras são submetidas no contexto dos serviços de atenção à saúde. Ele afirma: “É desesperador ter passado na ginecologia obstetrícia e ter visto ao que as mulheres negras são submetidas... o professor chamar um grupo de 7 alunas para todas elas fazerem toque vaginal, entende? E sem nenhum respeito sobre aqueles corpos.”

Werneck (2016), em pesquisa sobre racismo institucional no campo da saúde, nos chama a atenção para o fato das discriminações raciais serem fator determinante quanto ao adoecimento e morte da população negra, sobretudo às mulheres, independente do nível educacional e da renda, em todas as regiões do país e o quanto faz-se necessário o reconhecimento dessas violências.

Passos, em texto que discute o cuidado direcionado às mulheres negras, nos auxilia a compreendermos o assunto, quando aponta a necessidade de se questionar tais processos, afirmando que:

O cuidado colonial é uma herança deixada para as mulheres negras e que é reafirmada todos os dias, de muitas maneiras e através dos mais diversos discursos,

tornando-se necessário questionarmos a naturalização desses processos. Dessa forma, apontamos a nossa preocupação com o processo que vai homogeneizar as mulheres e desconsiderar o que atravessa e marca o existir da mulher/mãe negra (Passos, 2020, p.126).

Essas informações demonstram o quanto o acesso aos dados sobre saúde da população negra é importante para que os profissionais possam entender as desigualdades e iniquidades e, desse modo, na prática percebam as violências às quais essas pessoas são submetidas, bem como notou Rodrigo a respeito da ginecologia. Como bem afirmou Lemos (2019):

A Política de Educação Permanente precisa estar articulada com as necessidades das equipes e atentar para a discussão sobre os processos de trabalho, com o olhar sensível a situações de risco e vulnerabilidade a que a população negra se encontra exposta, devido principalmente ao processo histórico de discriminação. Por isso as ações articuladas do eixo de educação permanente em saúde, na PNSIPN são estratégicas para reduzir as desigualdades existentes nas relações impostas pelo racismo institucional que ainda acarreta nos piores indicadores na saúde atingindo a população negra (Lemos, 2019, p.88).

O relato de Rodrigo a respeito de seu aprendizado frente ao curso que fez, dialoga diretamente e reforça o que Lemos havia afirmado em sua pesquisa, no ano de 2019:

Precisamos incluir nos processos de educação permanente no SUS os temas referentes ao saber avaliar e manejar as situações clínicas mais comuns nessa população, saber lidar com situações e agravos mais presentes na população negra, saber escutar, respeitar à liberdade e autonomia do usuário e etc. A política nacional de saúde integral da população negra deve estar articulada com a educação permanente de saúde para promover uma formação para o desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde, contribuir para a identificação de necessidades de Educação Permanente dos trabalhadores de saúde, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde de modo a produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva e por fim qualificar todos os profissionais do SUS, a partir de suas necessidades (LEMOS, 2019, p.89).

Vale ressaltar também que a própria PNSIPN apresenta essa necessidade em seu objetivo específico:

III – incluir o tema Combate às Discriminações de Gênero e Orientação Sexual, com destaque para as interseções com a saúde da população negra, nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social;

Outra participante, Jéssica (enfermeira, 30a, preta) fala de sua experiência:

[...] eu me apropriei muito dessa questão racial na residência, na escola não foi possível, na graduação também não. Na graduação, como eu falei, veio mais como esse marcador orgânico biológico, não do quanto isso reverbera em questão de acesso, de cuidado, de saúde mental [...] na residência isso aparece muito mais pelos coletivos, pelas participações locais, controle social, as pessoas se mobilizam, obviamente a gente sabe que o SUS é composto por isso, ele foi criado por uma

mobilização social. Mas a gente ainda sente falta da participação das universidades, das instituições que ofertam cuidado em saúde e eu acho que tem um pouco também... (Entrevista Jéssica, 2022).

Ressaltamos aqui a importância dos movimentos sociais e do quanto esses espaços não-institucionais, como os coletivos citados por Jéssica, bem como os mecanismos de controle social, podem contribuir na formação dos profissionais em saúde. A Política Nacional de Educação Permanente chama para a responsabilidade, tanto a gestão federal quanto a municipal, para que se dê maior atenção a essas estratégias, deste modo:

Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde [...] O município promove espaços de participação e articulação dos movimentos de educação popular em saúde na discussão da formação dos profissionais de saúde? (Brasil, 2009, p.35-36).

Reconhecida tal importância, questionamos se esses movimentos têm recebido o devido apoio dos entes. Compreendemos que os coletivos e movimentos sociais e populares são efetivos no processo formativo dos profissionais de saúde, sobretudo nas instituições universitárias, na elaboração de um pensamento crítico e para a aquisição de conteúdos que correspondam à realidade da população brasileira. Isso demonstra também a importância de se entender como permanente, o processo educativo desses profissionais. Um processo que se inicia na graduação e se mantém durante a atuação profissional, seja nas relações de parcerias com as instituições de ensino superior, com a comunidade, coletivos, as entidades e demais setores da sociedade civil. Reforçando a necessidade das instituições de ensino estarem atentas às mudanças epidemiológicas e demográficas, às transformações dos processos de trabalho e à evolução do conhecimento, buscando fornecer a excelência técnica atrelada às questões de relevância social (Vieira, 2020).

Jéssica (enfermeira, 30a, preta) afirma ainda que,

[...] na faculdade a gente discutia muito sobre clínica orgânica e demandas nesse sentido e a anemia falciforme é uma coisa que sempre apareceu muito dentro da minha formação, relacionada ao público negro, então é uma coisa que a gente sabe da incidência, da prevalência, então apareceu. Mas não houve a discussão diante da política pública né... (Entrevista Jéssica,2022).

Vale ressaltar que a anemia falciforme está considerada na PNSIPN, no capítulo que aborda as doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra, conforme cita:

Doença hereditária, decorrente de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, no continente africano. A doença, que chegou ao Brasil pelo tráfico de escravos, é causada por um gene recessivo, que pode ser encontrado em frequências

que variam de 2% a 6% na população brasileira em geral, e de 6% a 10% na população negra (Brasil, 2017, p.10).

Logo, entende-se que de algum modo o conteúdo do curso contempla informações relevantes da política. Entretanto, seria de fundamental importância também dispor de conteúdos que abordassem as questões sociais, de racismo institucional e estrutural, dentre outros aspectos relacionados à saúde da população negra, que não só as questões biológicas, na contramão de um discurso que estigmatiza tal população, como bem pontuou Lemos (2019):

É urgente a necessidade de incluir os temas dos racismos e os impactos na saúde nos processos de formação e educação permanente para trabalhadores e trabalhadoras e também para o controle social da saúde. Para isto, é fundamental ampliar e fortalecer a participação dos movimentos sociais da luta contra os racismos nas instâncias de controle social e desenvolver processos de informação, comunicação e educação que reduzam vulnerabilidades, desconstruindo estigmas, preconceitos e fortalecendo uma identidade negra positiva, contribuindo para a autoestima, valorização e o cuidado na população negra (Lemos, 2019, p.25-26).

Há outros relatos de participantes que se formaram ou pós-graduaram em universidades públicas, que falam de um contato superficial com a temática nesses espaços:

[...] na graduação (UFMG) eu tive uma aula que foi em uma matéria específica, que não era sobre o assunto, ela tratava de assuntos de pessoas marginalizadas ou minorias da sociedade e aí tratava de diversos temas e um deles era a população negra e foi uma aula só, então eu tenho pouquíssimo conhecimento. Sobre a lei a gente leu só para essa aula e depois não tive mais contato. Inclusive, eu tive uma aula na residência (UNICAMP) agora, sobre população negra, mas a gente não teve contato com a política, foi uma aula sobre, mas não tivemos contato com a política[...] na residência eu acho que há uma tentativa de trazer, só que é isso, também muito corrido, é uma aula que a gente teve. Então acho que tem algo do currículo que é corrido, que você tem que ter várias aulas sobre vários temas e você não aprofunda em nada. (Entrevista Juliana, 2022).

A participante em questão, traz relatos que denunciam a estrutura dos cursos, entretanto salientamos que deve haver, individualmente, um movimento de aprofundar-se no tema. Não descartamos a necessidade de articulação institucional, mas há também uma responsabilidade individual do profissional na atuação. Sobre o aspecto institucional, mediante as afirmações que denotam superficialidade do tema no processo formativo, Monteiro et al. afirmam:

[...] podemos dimensionar quanto a abordagem étnico-racial ainda é incipiente nos cursos de Saúde e inexistente nos cursos de áreas afins nas IES públicas e privadas dos estados que foram objeto do estudo empreendido. A inclusão da temática étnico-racial nos cursos de Saúde contribuirá para a formação do profissional dessa área do conhecimento, de forma a habilitá-lo melhor para trabalhar com as especificidades que caracterizam não somente a população negra, mas todas as populações em situação de vulnerabilidade, como indicam as normativas

apresentadas – DCNERER, PNSIPN e Resolução CNS n. 569 (Monteiro et. al., 2021, p.7).

Também em relação à pós-graduação, realizada por Carlos (terapeuta ocupacional, 29a, branco) na UFSCar, ele relata que:

[...] a gente teve contato com alguns temas pertinentes a saúde da população negra, num sentido interseccional assim, de poder pensar como um tema, mas a gente não entrou na política pública, então quando você vai apresentar a proposta da sua pesquisa (se referindo à minha ida ao CAPS), falo: “nossa, existe uma política pública direcionada à população negra?!” (Entrevista Carlos, 2022)

Quanto às instituições privadas, os relatos são sempre os mesmos, de que não forneceram nenhum conteúdo relacionado ao tema em sua matriz curricular. Alex (psicólogo, 44a, preto), que realizou a formação na UNIP, diz que: “em nenhuma das muitas matérias que formaram lá a graduação tem algo que pelo menos cite. Então a gente sai da faculdade muito deficitário dessas informações” (Entrevista Alex, 2022)

Dentre os relatos de falta de conteúdo, há também denúncia de falta de capacitação e/ou conhecimento dos professores, perante propostas de alunos que pretendiam estudar o tema. Sobre esse assunto Carlos (terapeuta ocupacional, 29a, branco) informa o seguinte:

É bizarro dizer isso, mas na graduação (PUC-Campinas) eu não tive a oportunidade de estudar sobre esse tema, sobre essa política pública”. “Um comentário interessante, eu lembro que quando nós estávamos fazendo os projetos de conclusão de curso, os TCCs, teve umas colegas negras que estavam querendo fazer um tema direcionado, então era terapia ocupacional direcionado a saúde da população negra, teve um boicote. Eu lembro, é uma professora excelente, mas quanto a essa temática parecia que tinha algo a mais assim, além da discussão científica sabe, ‘olha, talvez pensar a saúde da população negra não faça tanto sentido’, eu lembro de uma discussão assim, um pouco frágil sabe, dando indícios ali de que talvez tinha uma discriminação, algo nesse sentido, mas as meninas bateram o pé e enfim conseguiram fazer. (Entrevista Carlos, 2022).

As informações trazidas por Carlos corroboram com o que Monteiro et. al. (2021) apontou em sua pesquisa, em que afirma a incipiência e/ou ausência do tema étnico-racial nas instituições de ensino superior, enfatizando inclusive a importância da inclusão da temática, como forma de contribuir na formação e habilitação desses profissionais.

Tais depoimentos, além de refletir o descumprimento por parte das instituições, quanto às legislações vigentes, na organização da matriz curricular, desvelam uma formação e atuação de professores que corresponde a uma noção universalizante dos processos de cuidados, que considera as questões do contexto social mediante as políticas públicas, entretanto não articulando à questão étnico racial, como se isso não fosse necessário, reforçando o mito da democracia racial, conforme os relatos de Adriana e de Francisco:

Apesar da minha formação (UniAraras) ter sido uma formação com viés muito forte para o trabalho no público e com isso no meu primeiro ano de faculdade, eu já ter contato com disciplinas que eram, essencialmente, disciplinas de políticas públicas, pra poder estudar o SUS, política pública para poder estudar o ECA, o estatuto do idoso, estatuto da criança e do adolescente, então eu lembro também do SUAS... eu não posso dizer que houveram discussões que trouxessem para a pauta as questões étnico raciais. Então na minha formação eu não identifico a presença dessas discussões. (Entrevista Adriana, 2022).

Considerando a minha formação (Salesiano), a minha avaliação é que é nulo [...] durante a graduação, não só, no aprimoramento depois, especialização (Centro Corsini), não tinha assim uma disciplina de fato orientada pras questões da população preta, negra, dos adoecimentos. Eu acho assim, durante a graduação o que eu tive, e acho que foi muito importante inclusive, foi os professores. Tive alguns professores bastante sensíveis a tudo isso, mas dizendo assim, que a gente não pode desconsiderar, no processo de saúde doença o contexto, o contexto que a pessoa vive. (Entrevista Francisco, 2022).

Cândido et al., nos ajudam a compreender melhor o porquê esses fatos se dão e sugerem meios de enfrentamento, quando afirmam que:

A universalização da atenção não superou as iniquidades vividas pela população negra. Há dificuldade de implementação da política da saúde da população negra interseccionalmente à saúde mental, pela negação do racismo e desconhecimento sobre como detectá-lo e enfrentá-lo. É função dos serviços comunitários de saúde mental, em rede, criar mecanismos para aumentar o poder contratual das pessoas nos espaços sociais, uma vez que ao não se discutir o racismo, cria-se a invisibilidade e essa barreira incide na contratualidade (Candido et al., 2022, p.6).

Não só o viés do mito da democracia racial, mas pode-se também considerar o apagamento e desconsideração dos conteúdos e conhecimentos produzidos por autores(as) negros(as), como por exemplo Virgínia Bicudo, Juliano Moreira, teóricos(as) fundamentais na discussão de saúde da população negra. Como bem cita Silva:

Em que pese a existência de uma proclamada democracia racial em nosso país, não poucas vezes a cultura e saberes negros têm sido ignorados e menosprezados. Em lugar de uma ecologia dos saberes, impõe-se um paradigma de conhecimento e de reconhecimento hegemônico, o qual, via de regra, não privilegia a cultura de minorias. Dimensionado a partir dessa lógica supressiva, o negro e sua cultura passam a ser referidos como parte desqualificada do tecido social, em termos das formas sociais de inexistência antes mencionadas: o negro é visto como ignorante, residual, inferior, improdutivo, indolente (Silva, 2014, p.53-54).

6.3 - Da atuação frente a elaboração do PTS, da consideração das especificidades e dos aspectos identitários

Nota-se o quanto a defasagem de capacitação durante a graduação e pós-graduação desses profissionais, irá interferir ao longo do desenvolvimento do serviço prestado nesse aspecto. Isso fica evidente pelo fato de que, os profissionais que fazem um relato de atuação que valoriza as características da população negra e considera os determinantes sociais nesse

sentido, na construção dos PTSs¹⁵, são aqueles que identificam terem sido capacitados ao longo do processo formativo, com exceção do Alex, homem preto, que mesmo não identificando em sua formação, conteúdos de cunho étnico-raciais, ainda assim tem um olhar sobre tais questões, entretanto, não com tanto embasamento teórico quanto os demais citados. Sendo assim, destacamos o quanto a experiência crítica de ser um homem negro o forma e implica na sua atuação. Abaixo seguem trechos importantes de relatos:

Sempre peço para que primeiro a gente faça isso na presença do usuário, embora a gente possa pensar algumas estratégias, a gente precisa estar sempre na presença do usuário. E o que eu sempre ponho para eles, é que todo aquele sofrimento que às vezes é colocado ali como justificativa para o uso problemático da substância, ela sempre tem um plano de fundo, uma dor que não está presente ali, que é a dor da falta de acesso à educação e/ou trabalho e quase que na sua maioria isso se dá, ao meu entendimento, pela condição dessa pessoa ser preta. Na elaboração do PTS eu tento sempre levar em consideração essas dores que não estão ali colocadas tão claramente [...] (Entrevista Alex, 2022).

Alex, para além de considerar a autonomia do usuário na construção do PTS, se coloca como um articulador junto à equipe nas discussões pertinentes às temáticas étnico-raciais. É uma iniciativa importante, mas individual e que não pode ser romantizada, uma vez que tais questões são de responsabilidade de todas as pessoas e todos os segmentos sociais devem desempenhar seus compromissos no enfrentamento ao racismo, que não é uma questão só da militância negra, ou das pessoas negras (Vieira, 2020).

[...] eu estou sempre no território fazendo algumas abordagens, algumas intervenções e volta e meia a gente é abordado pelas forças de segurança, seja a polícia militar ou a guarda municipal e enfim, eu preciso estar sempre com meu crachá, eu sou um funcionário preto e eu preciso estar sempre com o meu crachá. Porque tem uma colocação de que a pessoa preta, num local vulnerável, numa cena de uso de algum tipo de substância, essa pessoa é marginal, ela é criminosa ou algo que o valha assim. No meu caso, como eu sou psicólogo, é uma exceção da exceção. Isso afeta diretamente na visão do cuidado que se propõe (Entrevista Alex, 2022).

É significativa a experiência pessoal expressa por Alex, sobretudo da condição de precisar portar um documento para que possa comprovar sua posição social. Isso remonta sobre o quanto o racismo estabelece as posições das pessoas na sociedade, desumaniza e tira o direito de fala da população negra, independente do status social. Lima tratando desse assunto, traz a seguinte contribuição:

¹⁵ O Plano Terapêutico Singular (PTS), também nomeado por Projeto Terapêutico Individual (PTI), é um plano desenvolvido pelos profissionais do serviço junto ao usuário e/ou seus familiares considerando as especificidades do sujeito. É através dele que são definidas as estratégias de cuidado, a frequência do acompanhamento, quais atividades irá realizar no serviço e por quais profissionais será atendido. Nele também são planejadas articulações intersetoriais e estabelecidos objetivos de vida, mediante as possibilidades e demandas múltiplas do indivíduo. O PTS é flexível e pode ser revisto sempre que necessário, de acordo com as possíveis mudanças da pessoa, da família, dos vínculos e do território. Ele é importante, pois diz de um projeto e um acordo entre usuário, profissionais, serviços da rede e família (Brasil, 2011).

A diferença criada entre negros e brancos no Brasil segue a mesma lógica de dominação e de poder, e não características inatas dos seres humanos de acordo com sua pertença racial. Biologicamente a raça não existe, mas sociologicamente, este conceito tem demarcado posições diferentes para as pessoas. A concentração de melanina determina, no Brasil, a posição e a possibilidade de ser ouvido (Lima, 2018, p.73).

Também em consonância com a vivência de Alex (psicólogo, 44a, preto), a afirmação de Vieira contribui significativamente para o entendimento:

A desigualdade por raça/cor é estruturante da desigualdade social brasileira. Inúmeras são as evidências que apontam as barreiras à participação igualitária dos negros em diversos campos da vida social e para as consequências que essas desigualdades e discriminações produzem não apenas para os negros, mas para a sociedade como um todo. O racismo interpessoal e o racismo institucional são práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como, por exemplo, na morosidade da implementação de políticas públicas (Vieira, 2020, p.48-49).

A seguir, Jéssica (enfermeira, 30a, preta), outra profissional que considera muito as especificidades e os aspectos identitários, fala sobre sua experiência com uma usuária do serviço:

[...] ela é uma mulher jovem e nas crises dela, ela dava uma desassociada a ponto de dizer que ela era homem e o autocuidado, pra não dizer higiene básica, mal existia. Então ela se apropriava de um funcionamento... não tomava banho, não fazia higiene bucal, não penteava os cabelos e dizia que ela era um homem. E aí vai analisar, por que que quando ela em crise, ela assume esse funcionamento? [...] ela mora num território que tem alto índice de violência contra a mulher, negra principalmente. Ela é uma mulher muito bonita, então vai de encontro com aquela ideia de quem é a mulher negra... e aí, a gente vai pensando junto assim, e nas abordagens que eu faço com ela, em um dos atendimentos, ela me diz: “eu não aguento mais ser vista só com uma mulher bonita, eu estou cansada e muito jovem, tem vezes que eu prefiro ser homem...” Então isso é muito sério, isso vem para falar da saúde mental dela, isso vem para falar do quanto o projeto terapêutico dela caminharia para um olhar mais racial, de como a gente trabalharia essa subjetividade dela no mundo, mulher negra né, jovem, inteligente e bonita. Mas não só isso, muitas outras coisas que talvez nem ela percebesse que poderia ser, porque o mundo inteiro a enxergou como esse rótulo. Então eu acho que não, a gente ainda não conseguiu atingir uma construção de PTS olhando para as questões raciais e é uma necessidade [...] (Entrevista Jéssica, 2022)

Apesar de Jéssica se lamentar pelo fato de ainda, como equipe do serviço de saúde, não conseguirem construir um plano terapêutico que considere as questões étnico-raciais, sua descrição e olhar voltados ao caso da usuária, demonstram profundo conhecimento sobre as especificidades, sobretudo no sofrimento da mulher negra e do lugar estereotipado com a qual a usuária se sente violentada, tema este tratado por Gonzalez (2020):

O ditado “Branca para casar, mulata para fornicar e negra para trabalhar” é exatamente como a mulher negra é vista na sociedade brasileira: como um corpo que trabalha e é superexplorado economicamente, ela é a faxineira, arrumadeira e cozinheira, a “mula de carga” de seus empregadores brancos; como um corpo que fornece prazer e é superexplorado sexualmente, ela é a mulata do Carnaval cuja sensualidade recai na categoria do “erótico-exótico” (Gonzalez, 2020, p.154-155).

Noção que a teórica Santos (2018), por meio de sua pesquisa sobre estereótipos de mulheres afrodescendentes, contribui com a análise:

[...] trazemos reflexões a respeito de estereótipos projetados sobre mulheres afrodescendentes, brasileiras e estadunidenses, o que pode, em alguns casos, caracterizar-se em preconceito étnico, e as implicações dessas projeções e preconceitos na formação identitária dessas mulheres. No Brasil, encontramos, em relatos de mulheres negras mestiças, elementos coincidentes no que diz respeito a receber “elogios” como mulata sensual ou mulata do samba. A ideologia da mulata carnaval/sensualizada está sedimentada na cultura brasileira de tal modo que mesmo sendo uma mulher negra/mestiça que tem aspirações avessas ao culto da sensualidade, o estereótipo parece resistir (Santos, 2018, p.15).

Mediante isso, Jéssica (enfermeira,30a, preta) endossa a importância da representatividade e da presença de mais profissionais negros(as) dentro dos serviços de saúde, problematizando a estrutura:

Nós precisamos ter pessoas pretas dentro do serviço de saúde mental. Isso gera uma identificação do usuário, isso gera um olhar de que eu posso pertencer a este espaço, as oportunidades são possíveis e o que eu quiser, desejar, sonhar e ir em busca eu posso. Isso é um promovedor de saúde mental no sentido de anseio, de busca... mas não só isso, se sentir acolhido no aspecto visual, quando você chega num serviço que você vê que tem uma mulher e eu sou mulher, eu já falo: “tem uma mulher aqui”. Se eu chego num serviço e eu vejo que tem uma pessoa negra, com cabelo afro, com o cabelo mais expansivo, black, que está apropriado da sua origem, da sua... vamos falar... ancestralidade, isso vai ter reverberações na identificação do usuário para aquele serviço. (Entrevista Jéssica, 2022)

A mesma participante, para além do cuidado na elaboração do PTS dos usuários, demonstra sua preocupação com o envolvimento da equipe quanto a esse olhar e, sobretudo, quanto a uma atuação antirracista dos(as) demais:

E aí, eu acho que até também atravessa um pouco essa questão da vontade do profissional. Quanto você quer? Quanto você está a fim de promover saúde? Eu não estou falando promover saúde só pra população negra, que quando você consegue tornar uma pessoa branca mais consciente do racismo estrutural do nosso país, até ela adoce menos, até ela se apropria mais das relações dos espaços, ela consegue se tornar alguém mais apropriado do lugar onde ela vive. (Entrevista Jéssica, 2022).

Nessa fala, a participante traz uma provocação importante do posicionamento das pessoas brancas no serviço e denuncia a estrutura que afeta, de alguma maneira, a todos.

Entrelaçando isso aos estudos de Bento (2002), compreendemos que esse lugar, do branco, é um lugar confortável, por isso o silêncio:

[...] há benefícios simbólicos, pois qualquer grupo precisa de referenciais positivos sobre si próprio para manter a sua auto-estima, o seu autoconceito, valorizando suas características e, dessa forma, fortalecendo o grupo. Então, é importante, tanto simbólica como concretamente, para os brancos, silenciar em tomo do papel que ocuparam e ocupam na situação de desigualdades raciais no Brasil. Este silêncio protege os interesses que estão em jogo (Bento, 2002, p.3).

O relato de Rodrigo, médico branco, considera muito as questões étnico-raciais e rompe com o silenciamento, reconhecendo seu lugar de privilégio e apontando a necessidade de desenvolver o plano terapêutico olhando para as questões raciais, mas também valorizando as individualidades:

Algo que a gente vê muito pouco, é que planejamento terapêutico ele não é feito sozinho né, ele é com o paciente. Então eu acho que o mais importante é você ouvir. Então, antes de tudo, é você entender qual é a realidade daquele paciente e o que ele quer, quais são os objetivos dele, quais são as limitações [...] então é muito difícil elencar pontos para se levantar no PTS numa população negra também, colocando todos eles numa questão comum. Mas eu acho que primeiro é você ouvir, eu acho que é muito importante você entender território, entender comunidade, entender rede de vínculo [...] (Entrevista Rodrigo, 2022).

Em relação ao reconhecimento de sua condição social, racial e de gênero, ele afirma,

[...] precisa estar ali, disposto para conseguir ver diante daquela realidade e como homem branco eu não sei que realidade é essa, então por mais que eu estude, por mais que eu me especialize e torne isso uma questão de um projeto de vida, de militância, eu nunca vou saber o que é ser negro. [...] E aí, a gente percebe hoje que é uma população branca (se referindo aos profissionais de nível superior que atuam no CAPS), que não teve, que os pés não pisaram nesses locais, que não viram o que é o genocídio da população negra diário pela polícia militar, que não presenciaram uma cena de crime, que não tiveram os seus amigos, seus vizinhos, mortos pela overdose, jovens... (Entrevista Rodrigo, 2022).

Os demais profissionais, apesar de considerarem pouco, ou de não considerar os aspectos étnico-raciais, demonstram compromisso ético e humanizado na elaboração do PTS e em sua maioria, enfatizam a importância da participação do sujeito nessa construção, de sua autonomia e protagonismo no tratamento e reconhecem a necessidade de adequarem-se à temática, tendo em vista a demanda da população atendida e reconhecem também a existência do racismo, como afirma Carlos (terapeuta ocupacional, 29a, branco):

Então o que eu acho imprescindível, é o sujeito como protagonista do que ele quer, do que ele precisa [...] a gente está falando de um contexto histórico em que os negros sim, eles têm um lugar de violência, então acho que se justifica a partir disso né, a gente ainda precisa de fato desconstruir e construir e como o tema da sua pesquisa né, a política pública tá aí, mas ainda tem muito ainda que ser feito mesmo né (Entrevista Carlos, 2022).

Carlos ainda acrescenta:

[...] a gente ainda carrega muito *modus operandis*, assim, discriminatórios, que a gente acaba reproduzindo muitas vezes sem ter consciência disso. Isso com certeza está relacionado à formação, porque se a gente tem um processo formativo mais amplo que consegue ajudar a gente a desconstruir esse tipo de modo operante, assim, com certeza a probabilidade de reproduzir isso vai ser bem menor.

E sobre a presença do racismo relacionada a aspectos identitários, Carlos (terapeuta ocupacional, 29a, branco) e Adriana (psicóloga, 38a, parda), firmam o seguinte:

[...] eu acredito que está super presente e ele se manifesta nas relações de poder, nas relações de afeto. É muito evidente a forma em que a partir das relações, vamos colocar entre parênteses aqui, essas relações de raça assim... acho que tem várias camadas, tem as camadas que não são ditas, tem aquelas que estão escancaradas. No dia a dia de trabalho na saúde mental, isso é muito forte, porque boa parte das pessoas que acessam esse serviço são pessoas negras. E na minha perspectiva acho que não tem dúvida, assim, que rola ali processos identificatórios sabe. A quantidade de profissionais negros, por exemplo, na saúde mental é baixíssima assim né, baixíssima mesmo! (Entrevista Carlos, 2022)

Eu diria que hoje, parte desse projeto, contemplam diferentes frentes, uma que vai de encontro a uma elaboração de cooperação, em que eu possa estar como alguém que facilite ou que coopere junto a algo que esse sujeito verifica de necessário para o tratamento para a condição dele e tem uma outra dimensão... Então, quando eu estou diante de um caso que eu me vejo com muitas dificuldades de poder tentar desenhar e pensar um cuidado, de me perguntar sobre o que eu não estou podendo escutar e ver sobre esse caso e as questões raciais, hoje sem dúvida, então, entra como uma delas. (Entrevista Adriana, 2022)

O reconhecimento, por parte dos participantes, da presença do racismo no serviço e na sociedade e da necessidade de se considerar os aspectos étnico-raciais é algo que também foi observado em pesquisa realizada por Rocha (2018), que afirma:

Assim, o que constatamos é que o fenômeno do racismo não é uma questão que passa incólume ante os discursos (ou narrativas) apresentados pelos profissionais entrevistados do serviço selecionado – o que nos permite pensar que talvez não seja, então, uma questão de todo desconhecida aos profissionais atuantes na Saúde Pública local. De maneira geral, as narrativas apresentadas compreendem que é à negra e ao negro que se voltam os maiores efeitos prejudiciais da manifestação e/ou da manutenção desse fenômeno social no âmbito das relações cotidianas, embora apontem ser muito difícil esquadrihar e identificar os tempos e os espaços em que tais efeitos se fazem valer (Rocha, 2018, p.127).

Dos relatos dos participantes que não consideram as especificidades e/ou os aspectos identitários, na elaboração e no planejamento do PTS, podemos destacar a fala de Francisco (psicólogo, 31a, branco), em que destaca:

O que eu considero imprescindível é a participação do sujeito né, eu acho que isso no estabelecimento das metas, do objetivos, eu acho que não tem como prescindir da participação do sujeito.[...] a experiência dele da relação com a substância e com o contexto da história de vida dele, o contexto social.[...] através da singularidade

também, da história de vida dele, como se dá essa experiência dele com o outro [...] acho importante então, que se o sujeito ele seja, assim, protagonista da composição de construção do PTS.” (Entrevista Francisco, 2022).

Nota-se por parte da maioria dos participantes, uma ênfase em se considerar o contexto social do indivíduo, entretanto não há menção às suas condições de privilégio ou sobre questões raciais envolvidas na relação com os usuários. Bento (2002), em seus estudos sobre branquitude, contribui com suas considerações ao analisar as atitudes das pessoas brancas:

Assim, tentar diluir o debate sobre raça analisando apenas a classe social é uma saída de emergência permanentemente utilizada, embora todos os mapas que comparem a situação de trabalhadores negros e brancos, nos últimos vinte anos, explicitem que entre os explorados, entre os pobres, os negros encontram um déficit muito maior em todas as dimensões da vida, na saúde, na educação, no trabalho. A pobreza tem cor, qualquer brasileiro minimamente informado foi exposto a essa afirmação, mas não é conveniente considerá-la. Assim o jargão repetitivo é que o problema limita-se à classe social. Com certeza este dado é importante, mas não é só isso (Bento, 2002, p.3).

Ainda nesse sentido, Juliana (terapeuta ocupacional, 25a, branca) relata que “...enquanto uma mulher branca e enquanto TO [...] por conta desses contatos que eu estou tendo agora, são várias coisas que eu não pensava antes que precisava ter no projeto terapêutico e agora faz sentido”. Ela ainda destaca que, no contato com a experiência no CAPS é que passa a perceber as questões socioeconômicas, de gênero e as raciais: “eram coisas que antes eu não pensava, mas eu acho que com a prática e vendo os usuários aqui, isso foi incorporando um pouco mais.” (Juliana, terapeuta ocupacional, 25a, branca). Juliana destaca o quanto a atuação profissional contribuiu no seu processo formativo e olhar para as diversas intersecções dos indivíduos. Reconhecimento este, essencial para o cuidado integral e humano dos usuários, entretanto precisa se desdobrar em estratégias para a efetividade das ações, conforme apontou Lemos:

Para garantir a equidade na saúde é preciso reconhecer os determinantes sociais em saúde como o lugar de moradia, as condições sociais e econômicas, as demandas e necessidades da população considerando as especificidades dos grupos, gênero e identidade de gênero, orientação sexual, raça/etnia, cultura e tradicionalidade, condições de mobilidade e deslocamento, indicadores epidemiológicos, acesso aos serviços de saúde, vínculo com as equipes e equipamentos de saúde, bem como as condições de trabalho. É necessário a formulação de ações e estratégias articuladas que promovam a inclusão de todas e todos com a verdadeira noção de universalidade, considerando que as respostas aos problemas de saúde passam também pelo reconhecimento de demandas específicas e o tratamento diferenciado. (Lemos, 2019, p.92-93).

Juliana (terapeuta ocupacional, 25a, branca), também relata uma violência racial de um profissional direcionada a um usuário do CAPS, que presenciou durante atendimento compartilhado. Diz ela:

Eu atendi junto com um profissional médico que faz uma fala extremamente racista, no meio de um atendimento com um jovem negro que estava em sofrimento, contando o delírio dele, o delírio dele tinha a ver com algumas questões do tráfico, do território onde ele morava e o cara faz uma fala extremamente racista, no meio do atendimento, perguntando se ele estava querendo roubar o relógio dele, porque ele sabia o que esse tipo de pessoa pensava. E aí no momento eu fico muito desconcertada, peço licença e saio da sala, meio sem saber o que fazer e acho que foi o primeiro momento em que eu vi isso acontecendo e não foi nem velado, foi de uma forma muito explícita! (Entrevista Juliana, 2022).

Santana, nos auxilia nessa problematização, quando afirma:

É por isso que investigar as concepções das equipes de saúde mental sobre as relações étnico-raciais se faz relevante, pois práticas preconceituosas e discriminatórias são cotidianamente exercidas nas relações interpessoais no âmbito destes serviços, tanto entre profissionais, como entre estes e pacientes do serviço (Santana, 2017, p.109).

Adriana (psicóloga, 38a, parda), nos fala sobre a “demora” em conseguir realizar a escuta de um usuário negro que trazia sofrimentos raciais, e que o fez somente a partir de uma profissional negra, que fazia Residência no serviço, e que teria apontado para a equipe durante discussão de caso, as implicações da questão racial. Diz ela “Eu demorei muito tempo para poder conseguir escutá-lo [no]..., que toca às questões da cor... as questões raciais [...] tenho pensado muito mais a respeito de questões de representatividade junto às equipes, para pensar cuidado.”

Adriana traz um elemento importante em sua fala relativo ao vínculo dos usuários com os(as) profissionais de referência, para ela alguns usuários demonstram “muita dificuldade de se vincular com profissional de referência, pensando a nível universitário, mas que facilmente se vincula com o motorista ou com as profissionais da higiene”. O que ela nos traz é que, usuários negros não se identificam com os profissionais universitários que são majoritariamente brancos, mas se identificam com profissionais não universitários que em sua maioria são negros na composição do serviço.

A fala de Adriana, sobre sua demora para considerar as questões raciais vivenciadas pelo usuário, denotam o quanto a falta de conhecimentos sobre o tema afeta a atuação profissional. Mas também sugere a permanência do mito da igualdade racial que, sem a devida formação, não pode ser desvelada.

Como podemos perceber ao longo deste capítulo, os três participantes que mais demonstraram considerar as especificidades de saúde da população negra, e os aspectos identitários no atendimento aos usuários do CAPS, Rodrigo, Jéssica e Alex, são aqueles que

tinham maior conhecimento sobre o tema, obtido através do processo formativo, seja na graduação (Jéssica), na educação permanente (Rodrigo) ou pela experiência crítica de vida (Alex). Para além do reconhecimento do racismo como um dificultador do acesso aos cuidados em saúde e no processo de adoecimento da população negra, esses participantes demonstraram, por meio de problematizações, estratégias de enfrentamento do racismo junto aos usuários e à equipe, o que entendemos com uma postura de atuação antirracista.

Quanto aos demais participantes, aqueles que não dispõem de conhecimentos sobre a temática, a atuação aparece pautada em um discurso que valoriza o princípio da igualdade, entretanto não se considera o princípio da equidade. Algo semelhante foi apontado por Santana et al. em seus estudos, em que afirmaram:

[...] uma parte significativa dos depoimentos analisados nos traz como referências mais claras os valores da universalidade e da igualdade abstrata (princípio da isonomia), mas ignora ou não compreende profundamente as referências acerca do reconhecimento da diferença. Uma hipótese explicativa de sua postura pode ser o desconhecimento da produção bibliográfica existente voltada para a análise das relações de equidade/iniquidade racial em saúde. (Santana, 2019, p.12).

Em contrapartida, a postura de Jéssica, Alex e Rodrigo, está de acordo com aquilo que a PNSIPN tem como marca:

[...] o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde. Seu objetivo é promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e nos serviços do SUS (Brasil, 2017, p.24).

E também como destaca em outro trecho mais adiante:

Igualmente importante é o princípio da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, regidas pela Lei nº 10.678/2003, que criou a SEPPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. (Brasil, 2017, p.30-31).

Ressaltamos também, que ao questionarmos sobre a utilização do quesito raça/cor, fomos informados que os serviços haviam inserido na folha de triagem há apenas três meses antes da data da realização das entrevistas, mediante uma exigência da prefeitura. Apesar do protagonismo do município de Campinas em relação ao campo da saúde e saúde mental, como demonstramos no capítulo anterior, a morosidade em implantar o quesito raça/cor,

demonstra o quanto a configuração histórica da estrutura racista ainda dita o modo como as instituições funcionam. Como aponta a PNSIPN:

O racismo e o racismo institucional são práticas que colocam pessoas de grupos raciais ou étnicos em situação de desvantagem no acesso aos benefícios gerados pela ação das instituições e organizações, como, por exemplo, na morosidade da implementação de políticas públicas (Brasil, 2017, p. 23).

Retomamos aqui, a importância do preenchimento do quesito raça/cor, conforme consta no art. 1º da PNSIPN:

A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena (Brasil, 2017, p.39).

É através dele que se pode desenvolver o perfil epidemiológico, segundo critérios raciais e étnicos, dos diferentes grupos populacionais, deste modo se consolidam indicadores das desigualdades sociais e a partir disso pode-se construir políticas públicas com o intuito de reduzir os impactos dessas desigualdades na saúde da população (Vieira, 2020).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou investigar quais conhecimentos os(as) profissionais universitários(as), atuantes nas equipes multidisciplinares de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) geridos pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, no município de Campinas-SP, possuíam em relação a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como forma de compreender a relação entre a atuação profissional e seus processos formativos (na graduação, pós-graduação e na educação permanente). Buscou-se também compreender como se institucionalizam nos serviços de saúde mental, mais especificamente nos CAPS, as violências advindas do racismo estrutural, visando contribuir com a problematização, desconstrução e reformulação do cuidado da população negra e das políticas públicas.

Para tanto, partimos do pressuposto de que a maior parte destes(as) profissionais não conhecia ou tinha pouco conhecimento sobre a PNSIPN, tendo em vista que os espaços formativos não têm incorporado conteúdos relativos à política, ou àquilo que determina as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação das relações étnico-raciais e para o ensino de História e Cultura afro-brasileira e africana (DCNERER), não considerando estratégias de combate ao racismo em articulação à luta antimanicomial. A partir do reconhecimento do racismo como estruturante das instituições diversas e relações sociais, partimos também da hipótese da permanência do racismo institucional nos serviços públicos e que, por conta disso, a construção do PTS dificilmente consideraria as questões étnico-raciais em jogo nas relações entre profissional e usuário.

Destacamos aqui, que de início, a intenção desta pesquisa era somente colher os dados da atuação profissional em si, através do questionário e entrevistas. Entretanto, no decorrer do percurso, entendemos que seria de fundamental importância colhermos informações sobre a formação dos mesmos, uma vez que levantamos a hipótese de que a formação poderia influenciar significativamente na prática profissional. Fomos contemplados nessa escolha e os resultados demonstraram a importância de analisar a atuação e sua relação com a formação.

Portanto, para responder a pergunta da pesquisa, procuramos investigar o conhecimento das(os) profissionais universitárias(os) de CAPS sobre a PNSIPN, as especificidades da saúde da população negra e os determinantes sociais que produzem as vulnerabilidades deste grupo da população brasileira; conhecer em que medida, os cursos de graduação, pós-graduação e/ou educação permanente, realizados por esses profissionais, contribuíram ou não, para a compreensão dos determinantes sociais que implicam na maior

vulnerabilidade da população negra e dos efeitos psicossociais do racismo; e compreender a atuação das(os) profissionais universitárias(os), considerando as características próprias e diversas da população atendida nos CAPS em Campinas.

Através da revisão de literatura, pudemos observar, em um primeiro momento, que são escassos os estudos que versam sobre a temática e constatou-se que, nas últimas décadas, há um aumento, mínimo, da compreensão dos profissionais sobre o tema das relações étnico-raciais e do entendimento de se pensar sobre racismo institucional e estrutural, entretanto não há organização efetiva para o combate do racismo dentro dos serviços de saúde. Foi possível constatar também que a maioria das instituições de ensino superior não implementaram os conteúdos exigidos pelas DCNERER ou recomendados pela PNSIPN, portanto, os profissionais de saúde não têm obtido informação suficiente durante o processo formativo sobre a temática. A aplicação do questionário e entrevistas ocorreram em momentos distintos, individualmente com cada profissional e através deles, pudemos captar dados relevantes relacionados à atuação profissional e elaboração do PTS, à formação (graduação, pós-graduação e educação permanente) e aos conhecimentos que os(as) participantes(as) dispunham, ou não, sobre o tema e de que modo obtiveram-nos.

Mediante os dados coletados, foi possível constatar que, apesar da metade (quatro) dos participantes terem tido ao menos um contato com a PNSIPN ao longo da formação acadêmica, a maioria não tem conhecimentos aprofundados sobre a mesma e conseqüentemente sobre as especificidades da saúde da população negra e os determinantes sociais que produzem as vulnerabilidades deste grupo.

Também constatamos, a partir das informações coletadas nas entrevistas, que os cursos de graduação e pós-graduação, realizados por alguns/algumas dos(as) entrevistados, em se tratando de universidades públicas, contribuíram minimamente e em se tratando de instituições privadas, não contribuíram em nada, na formação desses profissionais, no que diz respeito a conhecimentos que auxiliassem a compreensão dos determinantes sociais que implicam na maior vulnerabilidade da população negra e dos efeitos psicossociais do racismo. Entretanto, a partir da experiência de um dos participantes que havia realizado curso de educação permanente dentro da temática, é possível afirmar que o curso foi determinante para o aumento de conhecimentos relativos à saúde da população negra e para uma atuação antirracista, tendo em vista que, apesar de se tratar de um profissional que informou não ter tido o conteúdo durante a graduação ou pós-graduação, enfatizando que teve somente durante o curso de educação permanente, o mesmo demonstrou conhecimento avançado sobre saúde

da população negra, os determinantes sociais em saúde, sobre racismo institucional e racismo estrutural e relatou posicionamentos antirracistas durante a atuação.

Outra constatação importante, é a de que apesar das universidades públicas estarem fornecendo o mínimo de informações dentro da temática, os espaços coletivos e movimentos sociais presentes nessas instituições foram determinantes para a formação de uma das participantes.

Por último, foi possível constatar pelo relato dos participantes quanto a experiência de atuação e construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, que os profissionais que consideram as características próprias da população atendida, os determinantes sociais e suas especificidades, são aqueles que demonstram conhecimentos avançados sobre as questões étnico-raciais e que isso, está diretamente relacionado com o processo formativo do profissional, logo, constatamos que os conteúdos abordados na graduação, pós-graduação e educação permanente, contribuem para uma atuação profissional antirracista. Portanto, podemos afirmar a necessidade de que os cursos de graduação e pós-graduação em saúde contemplem efetivamente em sua matriz curricular a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e conteúdos que problematizam o racismo institucional. A abordagem dos conteúdos relativos à saúde da população e as relações étnico-raciais em perspectiva antirracista devem estar presentes nos processos de educação permanente e ainda, embora não tenha sido objeto deste trabalho, também na educação profissional de nível médio (formação técnica). Foi possível constatar, pelo relato de um dos participantes (Alex), que a experiência de vida pode também ter caráter formativo para que os determinantes sociais e especificidades da população sejam consideradas enquanto na atuação profissional. O profissional em questão, apesar de não apresentar uma fala com conhecimento estritamente técnico (ele mesmo afirma que não estudou o tema), consegue falar sobre as especificidades de saúde da população negra, apontando os sofrimentos que se dão devido às dificuldades de acesso à educação e ao trabalho e pontuar, a partir de suas vivências, os sofrimentos decorrentes da violência policial e de toda violência perpetrada pelo racismo estrutural. Entende-se que o participante se utiliza desse conhecimento de causa para atuar de forma antirracista, uma vez que o mesmo atrela em sua fala, posturas de privilegiar a autonomia e participação dos usuários, considerando suas especificidades, sobretudo de cor.

No percurso desta pesquisa, uma das grandes dificuldades se deu em relação à revisão de literatura, pois, como dito, são poucos os estudos da área da saúde mental relacionados à temática das relações étnico-raciais, especificamente, e ao campo da formação do profissional em saúde. Dificuldade que se acentuou na busca por algum estudo que contemplasse a

intersecção: saúde mental / relações étnico-raciais / formação profissional. Tal constatação aponta para a lacuna a ser preenchida, ou seja, a necessidade de realização de estudos articulando esses temas.

Há que se considerar ainda os limites deste trabalho, enquanto um estudo de caso, uma vez que contempla apenas dois CAPS de um único município; entretanto os resultados são relevantes e sugerem novas pesquisas que possam dialogar com outros territórios e demais serviços.

Mediante isto, consideramos que este trabalho deixou evidente como as experiências cotidianas de atuação profissional nos serviços públicos de saúde mental, mais especificamente os CAPS, refletem o racismo institucional, efeito do racismo que estrutura a sociedade. Ele também, corroborando com trabalhos sobre a temática, constata a necessidade de que as instituições educacionais, com destaque para os cursos de graduação e educação permanente, se adequem às leis que determinam a inserção dos conteúdos relativos a educação das relações étnico-raciais e a saúde da população negra e reforça a necessidade de que as gestões municipais cumpram suas responsabilidades frente à PNSIPN.

A partir disso, surgem alguns questionamentos: estariam as instituições de saúde e as instituições de ensino superior dispostas a cumprir com as portarias e leis que versam e orientam sobre a temática? Estariam também dispostas a aumentar o número de profissionais negros na composição das equipes (tanto nos serviços de saúde, quanto nas instituições educacionais), entendendo que o processo de identificação é importante para o cuidado? Os achados no presente estudo, demonstram a importância de que as instituições se adequem às diretrizes citadas, esses achados mobilizam para novas pesquisas, com o intuito de compreender e provocar as instituições nesse sentido. Tal como anunciamos na introdução, esperamos que esse trabalho possa contribuir com o debate sobre os efeitos do racismo estrutural, relacionados à experiência cotidiana de atuação profissional nos serviços públicos de saúde mental, conseqüentemente, com a problematização e aprimoramento das políticas públicas voltadas, especificamente, à saúde mental da população.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. Virgínia Leone Bicudo: Pioneira da Psicologia e da Psicanálise no Brasil. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 18, n. 2, ago. 2014. ISSN 1981-8076. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/30759>>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- ALBUQUERQUE, Naiara. O que é a Carta de Bauru, marco da luta antimanicomial no Brasil. **Nexo**, São Paulo, 8 dezembro de 2017. Disponível em: <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2017/12/08/O-que-%C3%A9-a-Carta-de-Bauru-marco-na-luta-antimanicomial-no-Brasil>>. Acesso em: 25 jul. 2020.
- ALMEIDA, Flávio Aparecido de; CEZAR, Adieliton Tavares. **As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental**. Revista IGT na Rede, v. 13.n. 24, 2016, p. 105-114, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf>>. Acesso em 11 ago. 2020.
- ARAÚJO, Edna Maria de; Adivânia Nogueira; Ananda Catharina Azevedo. Política Nacional de Saúde, avaliações e reflexões sobre suas diretrizes. in: KOMINEK, A.M.V; VANALI, A.C (Orgs.). **Roteiros temáticos da diáspora: caminhos para o enfrentamento ao racismo no Brasil**. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2018. p. 243
- ARAÚJO, Elisa de. O feminismo Afro-Latino-Americano de Lélia Gonzalez: da teoria política a práxis política. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/As - ABPN**, 2022, 14(42), 431-443. Disponível em <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1361>. Acesso em 22 mar. 2023.
- AVEZANI, Amanda Carolina Franciscatto, MARCOLAN, João Fernando. A assistência ao negro na instituição asilar do Juquery de 1898 a 1930. **Revista de Saúde Pública**. 2022;56:90. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004305>
- BARROS, Sonia. et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, dez. 2014.
- BASAGLIA, Franco. **O homem do pelourinho**. São Paulo: Educação e sociedade, 1986.
- BATISTA, Luís Eduardo. et al. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n.3, e150151, 2020.
- BATISTA, Luís Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 1-5, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090516>. Acesso em: 10 dez. 2021.
- BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública** (Impresso), São Paulo, v. 38, n.5, p. 630-636, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000500003>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BELINI, Marya Gorete; HIRDES, Alice. **Projeto morada São Pedro: da institucionalização à desinstitucionalização em saúde mental**. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. V 15. N 4. Out-Dez 2006. 562-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000400003&script=sci_abstract&tlng = Acesso em 08 jul. 2020.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iray.; BENTO, Maria Aparecida Silva (Eds.). **Psicologia social do Racismo - estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil**. Petrópolis: Vozes, p. 31, 2002.

Bicudo, Virgínia Leone (1945) **Estudo de Atitudes raciais de pretos e mulatos em São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Escola Livre de Sociologia e Política. São Paulo-SP.

BRASIL, **Lei n. 12.288/10. Estatuto da Igualdade Racial**. Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas. Brasília, DF: Presidência da República. 20 de junho de 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF: CRP, CREPOP, 2013. 132 p. ISBN: 978-85-89208-55-0

BRASIL. **Guia de Orientação para a Criação e Implementação de Órgãos, Conselhos e Planos de Promoção da Igualdade Racial**. Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020, 103 p.

BRASIL. **Lei n. 10.216**, de 2001. Legislação citada anexada pela coordenação de estudos legislativos – CEDI. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 6 de abril de 2001.

BRASIL. **Lei n. 8080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DF, Brasília, setembro de 1990.

BRASIL. **Medida Provisória n. 111, de 21 de março de 2003**. Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, da Presidência da República, e dá outras providências. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 21 de março de 2003.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer n. 3, de 10 de Março de 2004**. Institui Diretrizes curriculares nacionais para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino de história e cultura Afro-Brasileira e Africana. **Diário Oficial da União**. 15 de março de 2004a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 1, de 17 de Junho de 2004**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação das relações étnico-raciais e para o ensino e cultura afro-brasileira e africana. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 22 de junho de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2015. 44 p. ISBN 978-85-334-2292-6

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Brasília, DF: SAS, DAPE, OPAS, 2005. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2004. 16 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0822-6

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra: plano operativo**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Portaria n. 1.678, de 13 de agosto de 2004. Cria Comitê Técnico para subsidiar o avanço da equidade na Atenção à Saúde da População Negra, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde. Brasília, DF, 13 de agosto de 2004.

BRASIL. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Dispõe sobre a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 de fevereiro de 2000.

BRASIL. **Portaria n. 2.840, de 2014**. Nº 252 – 30/12/14 – Seção 1 p. 54. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 29 de Dezembro 2014.

BRASIL. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF; 2011.

BRASIL. **Portaria/GM n. 336, de 2002**. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Câmara dos Deputados**, Brasília, DF, 19 de fevereiro 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 3 ed ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017

CAMPOS, Ioneide de Oliveira; SAEKI, Toyoko. **Programas de desinstitucionalização: estratégias das políticas de saúde mental**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 33, n. 83. Set/Dez 2009, p. 474-483. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800015.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2020.

FERREIRA, Candido. **Reintegrando pessoas à sociedade: um pouco de nossa história**. Disponível em: <https://candido.org.br/portal/candido-ferreira/>. Acesso em: 13 fev. 2022

CANDIDO, Bruna de Paula. et. al. The race/color question in the care process in a psychosocial care center for children and adolescents. **Rev Esc. Enferm. USP**. 2022.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-036>>. Acesso em: 13 abr. 2022.

CAPUTO, Lara Rodrigues. **Formação social brasileira, racismo e sofrimento psíquico da população negra: um estudo de revisão na área do Serviço Social**. 2021. 124f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2021.

CARDOSO, Cláudia Pons. **Amefricanizando o feminismo: o pensamento de Lélia Gonzalez**. Estudos Feministas, Florianópolis, 22(3): 320, setembro-dezembro/2014.

CARVALHO et al.(Org). **Boletim Informativo do PROADESS, nº 10, dez./2022**. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): análise do quesito raça/cor. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT, 2022. 13 p.

CRENSHAW, Kimberlé . “Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero”. **Estudos Feministas**, ano 10, nº 1/2002, pp. 171-188. 2002.

DARWIN, Charles. **A Origem das Espécies, no meio da seleção natural ou a luta pela existência na natureza**,v.1. São Paulo: USP, 2003. (Trad.: Mesquita Paul),

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

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Rio de Janeiro: UNIC, 2009 [1948]. Disponível em: <<https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>>. Acesso em 21 jul. 2020.

EL-BAINY, E.I. Juliano Moreira. **O mestre/ A instituição. Memorial Juliano Moreira**. Salvador, Bahia, 2007. In: LIMA, E. Velho e Novo Nina. Governo do Estado da Bahia, 2000.

FANON, Frantz. **Alienação e Liberdade**. Escritos Psiquiátricos. São Paulo: UBU Editora, 2020b.

FANON, Frantz. **Os condenados da terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. (Trad. de José Laurênio de Melo).

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EdUFBA, 2008. [s.l.]

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. São Paulo. UBU Editora: 2020a. 320 pp. ISBN 9786586497205.

FANON, Frantz. **Racismo e cultura**. In: Iº Congresso dos Escritores e Artistas Negros em Paris, 1956, Paris. Publicado no número especial de *Présence Africaine*, de Junho-Novembro de 1956. p. 78-90. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/convergencycritica/article/view/38512/0>>. Acesso em 20 jun. 2021.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: O caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(12), p. 3831-3840, 2017. Disponível em: <doi:https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FAUSTINO, Deivison Mendes. **Frantz Fanon**: um revolucionário, particularmente negro. São Paulo: Ciclo Contínuo, 2018.

FAUSTINO, Deivison Mendes. **Por que Fanon? Por que agora?: Frantz Fanon e os fanonismos no Brasil**. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/7123/TeseDMF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 13 jul. 2021.

GÓES, Weber Lopes. **Racismo, eugenia no pensamento conservador brasileiro: a proposta de um povo em Renato Kehl**. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências. Marília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/124368/000837627.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 15 jul. 2021.

GONZALEZ, L. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. In GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. Rios, F., Lima, M. (org). R.J.: Zahar, 2020.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Como trabalhar com "raça" em sociologia. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.29, n.1, p. 93-107, jan./jun. 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ep/a/DYxSGJgkwVyFJ8jft8wxWxC/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2022.

GUNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: essa é a questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, mai-ago 2006.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. População do município de Campinas segundo o quesito raça/cor. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/136>>. Acesso em 01 fev. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010. Características do município de Campinas. IBGE Cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>>. Acesso em 05 jul. 2023.

LEMOS, Andrey Roosevelt Chagas. **A educação permanente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no SUS: a experiência da UNA-SUS**. Brasília: Fiocruz, 2019. 103 p.: il. Dissertação (Mestrado - Políticas Públicas em Saúde) -- Fundação Oswaldo Cruz, 2019

LIMA, Dandara Baça de Jesus. **Contribuições da literatura para a formação do profissional de saúde: Carolina Maria de Jesus e equidade racial**. -- Brasília, 2018. 130 f.: il. Dissertação (Mestrado - Saúde Coletiva). Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2018.

MACEY, David. **Frantz Fanon: A life**. London: Granta Books, 2000.

MAIO, Marcos Chor. O Projeto Unesco e a agenda das ciências sociais no Brasil dos anos 40 e 50, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. 1999. vol. 40, n. 14, 1999, p. 141-158.

MARCHESINI, Isadora González. Relatório de informações sociais do município de Campinas. Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. Vigilância Socioassistencial. Campinas, 2015.

MARTINS, Alessandra Ribeiro. Matriz africana em Campinas: territórios, memória e representação. 295p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Urbanismo. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas – SP, 2017.

MESQUITA, Igor do Nascimento. **ENTRE SILENCIAMENTOS E PROVOCAÇÕES: A QUESTÃO DO RACISMO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**. [s.l.] Universidade Estadual de Campinas, 2019.

MILANESI, Jaciara. A institucionalização da saúde da população negra no SUS. . Nexos, 4 Out 2020. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2020/A-institucionaliza%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra-no-SUS>). Acesso em 25 abr. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 1 ed ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007. v. 1ª ed

MONTEIRO, Rosana Batista.; SANTOS, Márcia P. A. dos; ARAUJO, Edna M. de. Saúde, currículo, formação: experiência sobre raça, etnia e gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2021, v. 25, e200697. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200697>>. Epub 23 de julho de 2021. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/interface.200697>. Acesso em: 10 dez. 2021.

MOREIRA, J. Quais os melhores meios de assistência aos alienados. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, 1909. Disponível em: https://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_obrasgerais/drg154278/drg154278.pdf. Acesso em: 22 mar. 2023.

MORIN, Edgar. **Complexidade e Transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. 2 Reimpr. Tradução de Edgard de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN – Editora da UFRN, 2000, 58p.

MUNANGA, Kabengele. UMA ABORDAGEM CONCEITUAL DAS NOÇÕES DE RACA, RACISMO, IDENTIDADE E ETNIA* Prof. Dr. Kabengele Munanga (USP) Palestra proferida no 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação-PENESB-RJ, 05/11/03

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. Alienação mental e raça: a psicopatologia comparada dos negros e mestiços brasileiros na obra de Raimundo Nina Rodrigues. Campinas, 2003a. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. Juliano Moreira e a (sua) história da assistência aos alienados no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 721-727, dezembro 2011.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. **Revista Brasileira de Psiquiatria** (São Paulo). ano 22, n 4, p. 178-179, 2000.

OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim. Lélia Gonzalez e o pensamento interseccional: uma reflexão sobre o mito da democracia racial no Brasil. **Revista Interterritórios**, Revista de Educação, Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, Brasil, v.6, n.10., 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/interterritorios/article/view/244895>. Acesso em: 12 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Caracas**. Caracas, 1990.

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

PASSOS, Raquel Gouveia. “**Holocausto ou Navio Negroiro?**”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira / Holocaust or “The Ship Negroiro?”: concerns for the Brazilian Psychiatric Reform. *Argumentum*, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 10–23, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483>>. Acesso em: 14 mar. 2022.

PIRES, Eloiza Gurgel. O legado de Lélia Gonzalez. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 43, e262088, 2022.

POMBO, Olga. Práticas interdisciplinares. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, nº 15, jan/jun 2006, p. 208-249.

PORTOCARRERO., V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2002. 152 p.

PRESTES, Clelia. R. S.; PAIVA, Vera. S. F. Abordagem psicossocial e saúde de mulheres negras: Vulnerabilidades, direitos e resiliência. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 673–688, 2016.

RICCI, Ellen Cristina. **Entre serviços e experiências do adoecimento**: narrativas e possibilidades de recovery em saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. ISSN 1984-2147. Florianópolis. V 9. N 21. 2017. P. 212-228. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69547>>. Acesso em 03 ago. 2020.

ROCHA, Renan Vieira de Santana. **Saúde Mental e Racismo à Brasileira: Análise de Narrativas em um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador/BA** / -- Salvador/BA, 2018. 145 f. Dissertação (Mestrado – Mestrado em Saúde Comunitária) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), 2018.

ROSSO, Laura Motter et al. **Juliano Moreira: the black Brazilian who greatly influenced the modern school of Neurology in Brazil**. Historical Note, Arq. Neuro-Psiquiatr. 79(7) July 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0004-282X-ANP-2020-0494>. Acesso em: 02 dez. 2022.

ROXO, H. de B. B. **Perturbações mentais nos negros do Brasil**. Brazil Médico, Rio de Janeiro, v. 15, n. 17, p. 156-192, 1904.

SAID, Edward. **Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003 (Trad. Rosaura Eichenberg).

SANGLARD, Gisele; CLAPER, Jeanine R. **Pretos e pardos nas instituições de assistência à saúde no Rio de Janeiro (1850-1919): um estudo sobre o louco-pobre**. Dossiê Resistência, sobrevivência e associativismo: reinventando a vida nos territórios de escravidão moderna (séculos XVI-XIX). 2021. p.445-466.

SANTANA, Monica Feitosa. **“Muito além da cor da pele”: psicologia, saúde mental e relações étnico-raciais em serviços públicos de saúde do município de Suzano**, São Paulo. -- São Paulo, 2017. 118 f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

SANTANA, Rebecca Alethéia Ribeiro. et. al. A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2019, v. 23, e170039. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.170039>>. Acesso em: 27 mar. 2022.

SANTOS, Andréa Luisa Martins dos. **Mulher negra: das formações discursivas à consolidação e quebra do estereótipo da mulata que dança**. 2018. 91f. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos e Literários em Inglês) - Departamento de Letras Modernas, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SANTOS, Elisângela da Silva. O legado de Virgínia Leone Bicudo para a sociologia da infância no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 48, n. 170, p. 1194–1217, 2018. Disponível em: <https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/6009>. Acesso em: 17 ago. 2022.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out/dez 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CrbZyGN45Qg7fCtXXKrfjnz/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2022.

SITE GELEDÉS. Instituto da Mulher Negra. Centro Feminista de Estudos e Assessoria – CFEMEA, 2013. In: WERNECK, Jurema. **Racismo institucional: uma abordagem conceitual**. São Paulo: Geledés; CFEMEA, 2013.

SITE GELEDÉS. Instituto da Mulher Negra. **Hoje na história, 1935, nascia uma mulher negra**. Portal Geledés. 01 dez. 2020. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/hoje-na-historia-1935-nascia-lelia-gonzalez/>>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SERAPIONI, Mauro. **Franco Basaglia**: biografia de um revolucionário. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2019, p.1169-1187. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVLC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 03 jun. 2022.

SILVA, Denise Almeida. **De epistemicídio, (in) visibilidade e narrativa: reflexões sobre a política de representação da identidade negra em cadernos negros**. Ilha Desterro [online]. 2014, n.67, p.51-62.

SILVA, Mário Augusto Medeiros da. Reabilitando Virgínia Leone Bicudo. **Sociedade e Estado**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 435–445, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/5604>. Acesso em: 03 jul. 2022.

SILVA, Naiara G. et. al. Universidade de São Paulo. Brasil. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 100-114, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017164968>. Acesso em: 10 dez. 2021.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty. **Pode o subalterno falar?** Editora UFMG: Belo Horizonte, 2010. (Trad. Sandra Goulart Almeida)

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; ROSA, Soraya Diniz (Orgs.). **Crônicas da resistência: fechamos o Vera Cruz**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2018. Disponível em: <https://unifesp.br/campus/san7/images/ppgbb/ebook_cronicas_das_resistencias.pdf>. Acesso em 12 mai. 2022.

TEPERMAN, Maria Helena Indig; KNOFF, Sonia. **Virgínia Bicudo: uma história da psicanálise brasileira**. J. psicanal., São Paulo, v. 44, n. 80, p. 65-77, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352011000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 mar. 2023.

SADE, Rossana Maria Seabra (Org.). **Boas práticas: caminhos e descaminhos no processo de desinstitucionalização**. Marília: UNESP-EBook, November 20, 2017. Disponível em: https://ebooks.marilia.unesp.br/index.php/lab_editorial/catalog/book/105. Acesso em 02 mai 2022.

VEIGA, L. M. **Descolonizando a psicologia**: notas para uma Psicologia Preta. Fractal: Revista de Psicologia, v. 31, p. 244-248, 4 set. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fractal/a/NTf4hsLfg85J6s5kYw93GkF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 05 jul. 2022.

VENÂNCIO, Ana Tereza A. Doença mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. Physis. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, 2004.

VIEIRA, Bianca. Em bom pretuguês: Lélia Gonzalez, uma quilombola amefricana. **Lutas Sociais**, São Paulo, vol.19, n.34, p.214-218, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/ls.v19i34.25768> . Acesso em 02 mai. 2023.

VIEIRA, Lidiane Dias. **Políticas públicas e negritude** - efetividade do ensino na saúde? : um estudo de caso sobre saúde da população negra. – 2020, 107 f. Dissertação (Mestrado Profissional, Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde). – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina. Porto Alegre-RS, 2020.

VINUTO, Juliana. Contribuições de Lélia Gonzalez aos estudos sociológicos sobre controle social e punição no Brasil. **Civitas Revista de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 22, p. e40428, 2022. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/40428>. Acesso em: 30 mai. 2023.

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

WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda. **Saúde da População Negra: da conceituação às políticas públicas de direito**. In: WERNECK, Jurema (org.) *Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil*. São Paulo: Fundação Heinrich Böll; Rio de Janeiro: Criola. s/d, p. 05-22. Disponível em: https://criola.org.br/wp-content/uploads/2017/10/livro_mulheresnegras_1_.pdf. Acesso em: 05 out. 2023.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma psiquiatria brasileira. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

APÊNDICE A – Levantamento bibliográfico

	Título	Tipo	Área	Ano	Município e Estado
1	“Muito além da cor da pele”: Psicologia, Saúde mental e relações étnico-raciais em serviços públicos de saúde do município de Suzano, São Paulo	Dissertação	Psicologia Social e do Trabalho	2017	São Paulo / SP
2	Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a política nacional de saúde integral da população negra	Artigo	Saúde Pública	2013	Rio de Janeiro/RJ
3	O quesito raça/cor no processo de cuidado em centro de atenção psicossocial infantojuvenil	Artigo	Enfermagem	2022	São Paulo / SP
4	Políticas públicas e negritude: efetividade do ensino na saúde? Um estudo de caso sobre saúde da população negra	Dissertação	Medicina	2020	Porto Alegre/RS
5	Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil	Dissertação	Psicologia Social	2018	São Paulo/SP
6	Saúde Mental e Racismo à Brasileira: Análise de Narrativas em um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador.BA	Dissertação	Saúde Coletiva	2018	Salvador/BA

7	A educação permanente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no SUS: A experiência da UNA-SUS	Dissertação	Políticas Públicas de Saúde	2019	Brasília/DF
8	A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde	Artigo	Saúde Pública	2019	Botucatu/SP
9	Contribuições da literatura para a formação do profissional de saúde: Carolina Maria de Jesus e equidade racial	Dissertação	Saúde Coletiva	2018	Brasília/DF
10	Saúde, currículo, formação: experiências sobre raça, etnia e gênero	Artigo	Saúde Pública	2021	Botucatu/SP

Fonte: O autor.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO REFERENTE A PESQUISA DE MESTRADO

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): o (des)conhecimento por parte das(os) profissionais universitárias(os) da saúde mental.

O Questionário será constituído por: dados pessoais e perguntas relacionados aos objetivos da pesquisa.

1 - Nome completo (social e/ou de registro) _____ Data de nascimento: / /

2 – Raça/cor:

3 – Gênero:

4 - Local de atuação e tempo no serviço:

5 – Graduação:

- Qual? Ano (início e fim)?

- Possui outras graduações? Quais? Ano?

- Realizou cursos de Pós-graduação? Informe se: especialização/Aprimoramento/Mestrado/Doutorado; Em que Instituição e cidade; ano;

- Se realizou TCC, Monografia, dissertação e/ou tese, informar o título/tema.

6 – Em que instituição (citar município em que se localiza) e em que ano se formou nos cursos acima citados?

7 – Durante sua formação você cursou disciplinas relacionadas à saúde da população negra e/ou indígena ou similar? Em alguma disciplina cursada durante a graduação você se lembra de ter sido abordado temas relacionados a saúde de grupos populacionais específicos? Sobre especificamente a população negra? Você se lembra de ter sido mencionado/estudado algo sobre a saúde mental da população negra? Se você respondeu sim para alguma dessas perguntas poderia detalhar como o tema foi abordado?

8 – Você conhece ou já ouviu falar sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Se sim, onde ou como teve contato com a política? Em algum momento de sua formação você teve conhecimento sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)? Se sim, cite em que momento e instituição de ensino.

9 – Quanto tempo atua na saúde mental? Você realiza atendimento a pessoas negras? Você considera que há alguma especificidade relaciona a saúde em geral e/ou a saúde mental deste grupo populacional? Poderia justificar a sua resposta?

10 – De acordo com seu conhecimento a gestão de saúde do município oferece educação permanente aos profissionais atuantes na Rede de Atenção Psicossocial? Você já participou de alguma formação (educação permanente/e serviço) relacionada a saúde da população negra? Considera importante ou necessária?

APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA

ENTREVISTA REFERENTE À PESQUISA DE MESTRADO

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): o (des)conhecimento por parte das(os) profissionais universitárias(os) da saúde mental.

A entrevista será constituída por perguntas relacionadas ao objetivo da pesquisa.

1 – Qual seu conhecimento a respeito da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e do tema saúde da população negra? Em que momento teve contato com tais informações?

2 – Pela sua experiência de atuação na saúde mental, e de acordo com a sua opinião, você considera que o racismo institucional está presente no dia-a-dia? Se sim, de que forma ele se manifesta?

3 – Sobre a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) dos usuários, o que você, como uma mulher/homem, branca(o)/parda(o)/negra(o), considera imprescindível em sua elaboração e como ele é planejado?

4 – Atualmente quase 70% da população atendida pelo SUS, é composta por pessoas que se autodeclararam pretas/pardas. Quais as implicações que você considera que isso traz ao serviço e profissionais que o compõe?

5 – Pensando sobre a questão étnico/racial das(os) profissionais de nível universitário que compõe esse serviço em que você atua (brancos/pretos), você considera que se assemelha ao perfil étnico/racial dos usuários atendidos? E de acordo com sua opinião, quais as implicações disso?

6 – Pensando no seu processo formativo e nas questões de saúde da população negra, qual sua avaliação sobre os conteúdos presentes na matriz curricular? Pensando em educação permanente, como você acha que a gestão local e municipal poderia contribuir para a atuação profissional?