



**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**  
**CURSO DE MEDICINA**

**ANA BEATRIZ PAIM BISPO**

**SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: PRÁTICAS DE CUIDADO  
DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DE UM CAPS II EM SALVADOR**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SALVADOR - BA**

**2023**

**ANA BEATRIZ PAIM BISPO**

**SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: PRÁTICAS DE CUIDADO  
DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DE UM CAPS II EM SALVADOR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Medicina na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano de Medicina.

Orientadora: Patrícia Gabriele Chaves dos Santos

**SALVADOR**

**2023**

Dedico esse trabalho a minha bisavó, Helena Bispo, in memoriam. Mulher negra que tanto me ensinou a existir de forma livre, corajosa e enérgica nessa sociedade patriarcal e racista. Vovó Helena, foi a mais animada quando eu passei no vestibular de medicina e ensinou também, a mim e a meu irmão, os versos abaixo do sambista Azael Alves:

*“Nós queremos nossa liberdade*

*Liberdade de pensar e falar*

*Nós queremos escolas pros filhos*

*E mais casas pro povo morar*

*Nós queremos leite, carne e pão*

*Nós queremos açúcar sem cartão*

*Nós queremos viver sem opressão*

*Nós queremos progresso da Nação.”*

## AGRADECIMENTOS

Agradecer para mim é parte primordial desse trabalho. Acredito que, como canta Sued Nunes, essa realização é *Povoada, pois não sou só*. Assim, desejo agradecer a todos (as) que caminharam comigo até aqui.

Ao meu irmão pelo incentivo a ocupar espaços, questionando as violências sociais e buscando os caminhos para agir diante delas através do afeto. À minha mãe e minha avó Marilúcia por serem meu porto seguro e acreditarem mais em mim do que eu mesma. À minha segunda mãe, Maria, pelos mais genuínos amor e cuidado.

Às minhas avós Eliene e Vânia, por vibraram com cada passo meu e pelo apoio incondicional. Às minhas tias, Tânia, Eliete, Jucília, Ângela, Sandra, Anaide, Carol e Nanda, por serem exemplos de como existir de forma leve, firme e amorosa.

À minha orientadora, Patrícia Chaves, por ter aceitado meu convite com tanta dedicação e ser meu suporte durante todo o processo de escrita, compartilhando tanta sabedoria, afeto e serenidade comigo. Sou melhor desde nosso encontro.

A meu avô Eraldo, in memoriam, pelos ensinamentos e amor que moldam quem eu sou hoje. À minha professora do Ensino Fundamental e amiga, Joselice Sousa, que tanto me auxiliou a enxergar a vida com mais criticidade, me apresentou a luta antirracista e é referência na minha caminhada. Às minhas amigas e familiares que me impulsionam e acalentam, em especial meu bisavô, Mário.

À Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade da Bahiana, especialmente aos (às) meus (minhas) amigos (as) ligantes e às nossas orientadoras, Dra Andreia Beatriz e Dra Rita Carvalho, por tantas vivências incríveis em prol de um cuidado em saúde cada vez mais equânime e conectado à realidade social e por serem uma grande rede de apoio para mim.

À minha professora de Metodologia da Pesquisa, Caroline Feitosa pelo estímulo e suporte durante a minha escrita. Aos Programas de Extensão Bahiana em Defesa da Vida e Programa de Educação para o Trabalho, pela possibilidade de ampliar meu olhar sobre a saúde pública, atentando-me, cada vez mais, ao racismo institucional.

A todos (as) artistas, profissionais da saúde e militantes negros (as) que me encantam, estimulam e fazem enxergar a vida com mais esperança e coragem.

Às entrevistadas pela disponibilidade e por compartilharem suas opiniões e vivências, tornando esse trabalho possível.

## RESUMO

O contexto de lutas dos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica Brasileira contou com significativa participação do movimento negro, o que foi essencial tendo em vista o histórico de sofrimento mental no Brasil, marcado por teorias eugênicas perpetuadoras do racismo. No entanto, após a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) brasileira, com seus mecanismos de desinstitucionalização, pouco foi discutido a respeito do racismo. Assim, há escassos dados relativos ao sofrimento psíquico de pessoas negras, mas sabe-se que as taxas de suicídio são maiores entre elas do que entre os indivíduos brancos, fato que ratifica como o racismo institucional afasta a população negra de um cuidado com equidade e integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS). No cenário de violências e negações devido ao racismo, o movimento negro lutou até conseguir a publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), em 2009, reconhecendo o racismo como determinante social da saúde e propondo caminhos para atenuá-lo. Entretanto, essa política ainda é bastante desconhecida entre os (as) profissionais. Assim, o presente trabalho objetiva compreender como a PNSIPN está sendo aplicada pelos (as) profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), principal serviço substitutivo da RAPS. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa, do tipo transversal, com entrevistas semiestruturadas com profissionais de um CAPS II que realizam práticas de cuidados. A partir dos resultados, foi possível dividi-los em 5 categorias: Perfil dos (as) profissionais/ Características sociodemográficas, perfil dos usuários do serviço, conhecimentos quanto a Reforma Psiquiátrica, compreensão do racismo e seus impactos e experiências em torno da saúde da população negra, sendo que essa última categoria ainda foi subdividida em 3 subcategorias, sendo elas: conhecimentos acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, abordagem da saúde da população negra na prática profissional e impressões preenchimento do critério raça/cor nos prontuários de atendimento. Desse modo, foi possível analisar a visão dos (as) profissionais sobre o racismo, ratificando a íntima relação entre ele e o sofrimento psíquico. Além de ratificar como a PNSIPN é desconhecida pelas profissionais e as práticas de cuidado ofertadas à população não levam o racismo em consideração.

**Palavras-chave:** Racismo, Saúde mental, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

## ABSTRACT

The context of the struggles of social movements for the Brazilian Psychiatric Reform included significant participation of the black movement, which was essential in view of the history of mental suffering in Brazil, marked by eugenic theories perpetuating racism. However, after the institution of the Brazilian Psychosocial Care Network (RAPS) with its de-institutionalization mechanisms, little was discussed regarding racism. Thus, there is little data on the psychological suffering of black people, but it is known that suicide rates are higher among them than among white individuals, a fact that confirms how institutional racism prevents the black population from a care with equity and completeness in the Unified Health System (SUS). In the scenario of violence and denials due to racism, the black movement fought hard until the publication of the National Policy for Integral Health of the Black Population (PNSIPN) in 2009, recognizing racism as a social determinant of health and proposing ways to mitigate it. However, this policy is still quite unknown among professionals. Thus, this study aims to understand how the PNSIPN is being applied by professionals of a Psychosocial Care Center II (CAPS II), the main substitutive service of the RAPS. For this, a qualitative, cross-sectional research was carried out, with semi-structured interviews with professionals from a CAPS II that perform care practices. From the results, it was possible to divide them into 5 categories: Profile of professionals/ sociodemographic characteristics, profile of service users, knowledge about the Psychiatric Reform, understanding of racism and its impacts and experiences around the health of the black population, and this last category was further divided into 3 subcategories, namely: knowledge about the National Policy for Integral Health of the Black Population, approach to the health of the black population in professional practice and impressions of the race/color criterion in the care records. Thus, it was possible to analyze the professionals' view on racism, ratifying the close relationship between it and psychological suffering. Besides ratifying how the PNSIPN is unknown by the professionals and the care practices offered to the population do not take racism into consideration.

**Keywords:** Racism, Mental Health, National Policy for Integral Health of the Black Population.

## Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS .....	10
<b>2.1 Geral</b> .....	<b>10</b>
<b>2.2 Específicos</b> .....	<b>10</b>
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
<b>3.1Saúde Mental</b> .....	<b>11</b>
<b>3.2 Reforma Psiquiátrica</b> .....	<b>13</b>
<b>Os Centros de Atenção Psicossocial</b> .....	<b>16</b>
<b>3.3 Racismo e saúde</b> .....	<b>18</b>
4 MATERIAIS E MÉTODOS .....	22
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	38
REFERÊNCIAS.....	39
APÊNDICES .....	45
ANEXOS.....	51

## 1 INTRODUÇÃO

O contexto de lutas dos movimentos sociais pela Reforma Psiquiátrica Brasileira contou com significativa participação do movimento negro (1), tanto que o Manifesto de Bauru, assinado por diversos (as) trabalhadores (as) da saúde mental contra a manicomialização, considerou o manicômio uma expressão de mecanismos de opressão social como o racismo (2). No cenário, de reivindicações populares, foi instituída, em 2001, a Política Nacional de Saúde Mental(3), que estabeleceu os direitos e proteção das pessoas acometidas por transtorno mental sem discriminação quanto à raça/cor. Essa definição foi bastante significativa, tendo em vista o histórico de adoecimento mental no Brasil, marcado pelas teorias eugênicas e racistas, que aproximaram raça e loucura, tratando a população negra como intelectualmente inferior e/ou degenerada (4). Nesse sentido, é válido destacar a íntima relação que a manicomialização tem com o racismo, uma vez que esses dispositivos foram intensamente usados como forma de controle dos corpos negros e embranquecimento da sociedade. Como Raquel Passos traz:

O que queremos destacar é que essas instituições de violência são funcionais para a reprodução das desigualdades e opressões, além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades. A naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial. O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de apartheid social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais.(5)

Diante desse cenário, é relevante observar nas fotos do livro “Holocausto Brasileiro” de Daniela Arbex, a significativa presença de pessoas negras no hospital psiquiátrico de Barbacena (6). Além dessa relação intencionalmente criada pelas estruturas de poder, o racismo e o colonialismo são fortes causadores de adoecimentamental(7), uma vez que *“os negros vivem num estado de tensão emocional permanente, de angústia e de ansiedade, com rasgos momentâneos dos distúrbios de conduta e do pensamento”*(8). Considerando-se, esses efeitos nefastos do racismo e as diversas reivindicações do movimento negro, o Ministério da Saúde desenvolveu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (9) a qual 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.”* E objetiva a promoção da saúde integral

dessa população, “*priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).*”(9)

Ademais, a atualização da PNSIPN, em 2017, traz como objetivo específico (10) a inclusão do quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos, os conveniados ou contratados com o SUS e como Estratégia de Gestão:

O 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. (10)

Desse modo, fica evidente a necessidade de um olhar mais apurado quanto a saúde mental da população negra, ainda mais diante da ausência de dados precisos sobre a prevalência de transtornos mentais nessa população (11). Esse fato gera uma alerta quanto aos porquês dessa ausência, mesmo diante das políticas públicas exigirem o preenchimento dos dados de raça/cor. Além disso, essa falta torna-se ainda mais alarmante ao analisar o documento, do Ministério da Saúde, “Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016” que mostra a maior prevalência de suicídios entre a população negra quando comparada a branca (12). Esses dados, ao ratificarem o quão concreto e devastador é o sofrimento mental da população negra, nos alertam também para como está sendo a assistência prestada a essa população.

Diante desse cenário, é crucial analisar como a Rede de Atenção Psicossocial está lidando com as demandas de saúde mental da população negra e seu sofrimento psíquico para garantir a equidade diante desse meio ambiente que exclui e nega o direito natural de pertencimento, impondo condições especiais de vulnerabilidade a essas pessoas (13). Dessa forma, sendo os Centros de Atenção Psicossocial os responsáveis por articular e regular o Componente da Atenção Psicossocial Especializada (14), no contexto de desinstitucionalização, é conveniente analisar com quais práticas de cuidado os (as) profissionais desse serviço estão se movimentando para assegurar a execução dos objetivos da PNSIPN na rede de cuidados em saúde mental. O estudo pretende, então, contribuir com o aprofundamento dos conhecimentos nessa área diante do pequeno contingente de publicações sobre ela.

Trazendo, a partir da ampliação desse debate, benefícios aos (às) próximos (as) pesquisadores (as), aos (às) profissionais da saúde e aos (às) usuários (as) dos serviços de saúde mental.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Compreender como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra está sendo aplicada pelos(as) profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II.

### **2.2 Específicos**

**2.2.1.** Caracterizar o perfil raça/cor dos(as) usuários(as) de um Centro de Atenção Psicossocial II.

**2.2.2.** Analisar o conhecimento dos(as) profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

**2.2.3.** Identificar práticas desenvolvidas pelos(as) profissionais do Centro de Atenção Psicossocial II que considerem o racismo como estruturante do sofrimento psíquico.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Saúde Mental

Saúde mental, como traz Paulo Amarante, (15) é uma área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde de caráter polissêmico, dessa forma, é fundamental compreender seus sentidos a partir do propósito de ampliar os estudos nessa temática. Para tanto, é necessário entender que as noções de normalidade e patologia são estabelecidas a partir da confluência de questões sociais, políticas, culturais e econômicas de cada época. Nessa perspectiva, considerando as modificações na forma de enxergar os (as) “loucos (as)” ao longo da trajetória da humanidade, Foucault, em sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*(16), explica que a loucura foi vista, até o início do século XVIII, como uma particularidade própria dos seres humanos e associada ao misticismo, entretanto, a partir da Idade Clássica, passou a ser tratada como enfermidade no intuito de segregá-los considerados insanos a fim de “livrar” a sociedade das heterogeneidades indesejáveis(17).

Essas mudanças na forma de enxergar e tratar a loucura refletem a resistência social em lidar com as adversidades e o desejo de uniformizar o corpo social. A história da saúde mental no Brasil foi bastante segregacionista, uma vez que, os primeiros hospícios e manicômios do país visavam controlar as pessoas negras recém libertas, empobrecidas, desamparadas e temidas pelo Estado (7). Ratificando esse discurso, Fernando Silveira e Richard Simanke explicitam como o internamento foi uma ferramenta de isolamento dos indesejados sociais:

A multiplicidade de critérios e de apelos para internação gerava uma fauna heterogênea de internados, podendo ser eles, por exemplo: pobres, desempregados, criminosos, prisioneiros políticos, prostitutas, usurários, sodomitas, crianças órfãs, mulheres viúvas, ateus, vagabundos, epiléticos, senis, alquimistas, blasfemadores, sacrílegos, regicidas. Dentre eles, apenas dez por cento eram internados por insanidade. De tal maneira que o internamento se configurava mais como um dispositivo de exercício de poder, através do isolamento dos excluídos sociais do que enquanto medida na diferenciação dos diversos tipos de subjetividades e na constituição diferenciada da categoria médica do louco(18).

Nesse cenário, os estigmas da loucura foram também fortemente utilizados como perpetuadores do racismo. Nessa conjuntura, é fundamental citar como Cesare Lombroso publicizou suas Teorias Bioantropológicas da Criminologia, defendendo que algumas pessoas seriam biologicamente propensas a delinquir, tendo elas características físicas próprias: nariz aquilino, testa proeminente, cabelos escuros(17)

e outras que delineavam grupos etnicamente desprivilegiados. Essas teorias fomentaram o desenvolvimento de crenças e práticas eugenistas e, no Brasil, um dos seus principais divulgadores foi o médico baiano Nina Rodrigues, o qual afirmava que era possível verificar determinada hibridez moral, social e intelectual dos mestiços, de acordo com uma certa escala de mestiçagem(19).

Já na Idade Moderna, essa visão passou a ser alterada. A associação entre loucura e periculosidade foi sendo enfraquecida à medida que aquela foi afastada dos discursos do desatino e assujeitada às renovadas formas psicológicas” (18). Nessa conjuntura, é relevante destacar o exemplo do psiquiatra francês, Pineal, que desenvolveu delineamentos de uma primeira classificação das doenças mentais (17) e, dentro dessas mudanças de paradigmas, a loucura passou a ser objeto construído de conhecimento e a existência do louco, antes excluída, passou a ser dominada. É fundamental, então, compreender que a relação com a loucura, nesse período, foi um tanto contraditória a partir da adoção de um modelo das ciências naturais para conhecer a subjetividade que terminou objetificando e coisificando o sujeito e a experiência humana (15). Na prática, a loucura passou a ser enclausurada em manuais e o acolhimento das diferenças continuou negligenciado(17).

Desse modo, os debates sobre saúde mental precisaram ser intensificados para reconhecer e respeitar as subjetividades dos indivíduos. Terminologias como desordem e doença mentais ainda são utilizadas, porém já existe uma significativa discussão quanto a elas e sua carga pejorativa e generalizadora. Afinal, “sendo a saúde o oposto da doença, para cada doença existiria, no imaginário popular, uma cura equivalente”(17). Nesse sentido, há uma preferência pela denominação sofrimento psíquico ou mental por ela remeter à experiência vivida pelos sujeitos(15), que devem ser o foco da análise em saúde mental.

Nesse contexto, temos ainda a nomenclatura “transtornos mentais”, como o DSM-V utiliza, e é válido destacar a abrangência que esse conceito tem, categorizando uma diversidade de condições que permeiam as noções de normalidade e patologia(17). Ademais, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM-V) ratifica também a influência que as normas e valores culturais, sociais e familiares têm sobre a definição do que é transtorno, diante da variação dos limites entre normalidade e patologia aos contextos que estão inseridos(20). Logo, é fundamental avaliar essas oscilações do que representa

sofrimento e saúde mental em cada contexto particular, pois como define a Organização Mundial da Saúde (OMS):

Conceitos de saúde mental incluem bem-estar subjetivo, percepção de autoeficácia, autonomia, a competência, dependência intergeracional e a autorrealização de um potencial intelectual e emocional, entre outros aspectos. Sendo assim, é praticamente impossível definir saúde mental de uma forma multicultural e abrangente, haja vista que cada cultura elege suas prerrogativas. Entretanto, tem-se um consenso quanto à premissa que a saúde mental trata-se de um constructo que abrange ou extrapola os limites da simples ausência de um transtorno mental. Por fim, torna-se pacífico que o funcionamento mental e fisiológico encontra-se fundamentalmente interligado com o aparato físico, social e de saúde(17).

Tendo isso em vista, é inconcebível somente enquadrar o sofrimento psíquico em códigos inflexíveis e enxergar um único caminho para lidar com essas adversidades. Por isso, o modelo científico dualista-racionalista não é suficiente para abordar de forma efetiva esses problemas. Dessa maneira, compreender as nuances biopsicossociais que permeiam a vida dos indivíduos, bem como o momento que aquele fato está ocorrendo, é essencial para encontrar formas de cuidado singulares de modo a promover cuidado e bem-estar a eles.

### **3.2 Reforma Psiquiátrica**

O movimento de Reforma Psiquiátrica está fortemente associado com esse cenário de alterações da visão sobre loucura e saúde mental, compreendendo como afirmava Basaglia, referência da reforma psiquiátrica italiana e internacional, que o manicômio era uma instituição de violência (5), e com as guerras mundiais pois:

Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospícios e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de 'reformas psiquiátricas'(15).

Além disso, é válido ressaltar que essas mobilizações surgiram, em conjunto com movimentos de questionamento e combate ao modelo de saúde centrado na medicalização social e no curativismo(21), o qual culminou na Reforma Sanitária Brasileira. Essa dinâmica foi instigada também pelo cenário de ditadura militar brasileira, quando multiplicaram clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público para obter lucro fácil pela “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população(21).

Nesse contexto, é fundamental analisar as vozes que ficaram conhecidas no movimento da Reforma Psiquiátrica, pois Franco Basaglia é citado como fundador, sendo que Franz Fanon antes dele já havia implementado práticas humanizadas no hospital psiquiátrico que dirigiu na Argélia(22) e influenciou o italiano. Além disso, o psiquiatra baiano, Juliano Moreira, precursor e grande referência do processo de humanização na saúde mental, foi, 70 anos antes de Basaglia:

Reverenciado, nacional e internacionalmente, como psiquiatra de sólida produção científica, por contribuir para a reforma de teorias, práticas e leis, reconhecido por um comprometimento com pesquisa e formação que se estendeu a toda a área por meio de muitos colegas e discípulos, e por revolucionar o campo psi em nome de um cuidado humanizado de portas abertas e para além dos muros das instituições, incluindo outros saberes e ampliando a concepção de normalidade e anormalidade(22).

Dessa forma, é fácil analisar o que Frantz Fanon e Juliano Moreira tinham em comum: serem negros, enquanto Basaglia era branco. Essa reflexão não objetiva diminuir em nada a importância e efetividade de Basaglia, apenas evidenciar, drasticamente, a forma como o racismo invisibilizou os outros dois homens extremamente importantes para ao processo de Reforma Psiquiátrica. Ademais, é preciso destacar que a invisibilidade, ao propagar a desqualificação dos sujeitos e a manutenção dos estereótipos racistas, é mais uma grave forma de violência cotidiana. Nessa perspectiva, a sociedade, ao se esquecer propositalmente de Fanon e de Moreira, nada mais fazem que reproduzir a prática escravagista de silenciar as pessoas negras, no período colonial, amordaçadas e, na modernidade, ocultadas.

Ainda nesse cenário, cabe ressaltar que os processos de Reforma Psiquiátrica não ocorreram de forma homogênea em todos os países e nem havia um consenso sobre o objetivo final da luta. É válido destacar a diferença entre as propostas de desospitalização e desinstitucionalização. Dessa maneira, aquela defendia apenas a extinção das organizações hospitalares manicomialmente enquanto essa, ao compreender instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes, defendia o aniquilamento da ideologia que sustentava esses fenômenos sociais e históricos (17). Assim, a Antipsiquiatria, que emergiu na Inglaterra na década de 1960 defendendo a desautorização do saber médico-psiquiátrico(23), e a psiquiatria democrática italiana, que visava a desarticulação do manicômio(23), entendiam que o modelo científico psiquiátrico era o grande problema a ser combatido e defendiam uma ruptura radical com ele (15).

Nesse contexto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi fortemente influenciada pelas ideias da psiquiatria democrática italiana e da antipsiquiatria, objetificando combater as violências no tratamento em saúde mental e provar que o manicômio é uma instituição desnecessária (24). Nesse cenário, Manifesto de Bauru, marco da Luta Antimanicomial brasileira, publicado em 1987, ratificou esses compromissos da Reforma Psiquiátrica, como:

Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos (2).

Diante dessas movimentações, a década de 1990 foi bem agitada quanto à construção de novas estratégias de cuidado em saúde mental. A Lei Paulo Delgado, que entrou em tramitação em 1989, ao propor a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (25), e a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, ao determinar a construção de uma ética da autonomia e singularização que rompesse com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde (26), figuram como importantes marcos desse processo que teve seu ápice com a publicação da Lei 10216, de 6 de abril de 2001, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental (3).

Essa legislação privilegiou o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (27). Dessa forma, a intenção dos serviços era construir uma rede de atenção em saúde mental substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, bem como fiscalizar a programada redução dos leitos psiquiátricos existentes, mesmo não explicitando os mecanismos para isso (27). Nesse cenário, os serviços substitutivos emergiram como a estratégia primordial ao rompimento do modelo hospitalocêntrico, sendo eles:

um dispositivo de atenção em saúde mental que significa, entre outras coisas, a possibilidade de se cuidar do portador de sofrimento mental sem retirá-lo totalmente de seu meio, bem como a facilidade maior do mesmo no acesso ao hospital psiquiátrico, principalmente a partir do momento em que este passou a ser a porta de entrada para internações hospitalares (28).

Nessa perspectiva, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada, em 2011, para articular as ações e os serviços de saúde nos territórios, promovendo uma maior integralidade do cuidado ao levar em conta os diferentes níveis de complexidade (14) e tendo como componentes: Atenção Básica em Saúde,

Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Terapêutico, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial e de Fortalecimento do Protagonismo de Usuários e Familiares da RAPS (14). Ainda é necessário ressaltar que o componente Atenção Psicossocial Especializada é o ordenador do cuidado em saúde mental junto com a Atenção Básica (11).

### **Os Centros de Atenção Psicossocial**

Nesse cenário, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) constituem-se dos principais serviços substitutivos às internações psiquiátricas (30) e caracterizam-se por serem:

Instituições destinadas a acolher pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia. Apresenta como característica principal a busca da integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu território, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares, promovendo sua reabilitação psicossocial. Tem como preceito fundamental ajudar o usuário a recuperar os espaços não protegidos, mas socialmente passíveis à produção de sentidos novos, substituindo as relações tutelares pelas relações contratuais, especialmente em aspectos relativos à moradia, ao trabalho, à família e à criatividade (30).

Dessa forma, pensar resultados da Reforma Psiquiátrica Brasileira requer a análise dos CAPS. Eles são organizados para prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, buscar estratégias de reinserção social por meio de ações intersetoriais, regular a porta de entrada na RAPS e dar suporte a toda rede de atenção à saúde mental (31). Nesse sentido, existem atualmente, a partir da Portaria nº 3.588 de 2017 (31), sete modalidades de CAPS, que são elas:

Caps I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

Caps II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps I: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps AD: Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive

pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD III: Álcool e Drogas: Atendimento com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD IV: Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação (32).

Os CAPS têm equipes variadas conforme suas modalidades, mas sua equipe mínima é composta por nove profissionais de níveis médio e superior (31), sendo eles: um médico com formação em saúde mental; um enfermeiro; três profissionais de nível superior que podem ser: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e quatro profissionais de nível médio, podendo ser: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (31). Além disso, esse serviço deve prestar atividade de atendimento individual, atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento às famílias e atividade comunitárias com foco na integração dos pacientes na comunidade e sua inserção social e familiar (31). Nessa perspectiva, eles costumam utilizar intervenções socioculturais, produzindo “trabalhos orientados por princípios como emancipação, autonomia, consciência crítica” (11), o que é extremamente benéfico e pode ser utilizado no intuito de amenizar as vulnerabilidades que a população está inserida.

Ainda há os CAPS 24h, os quais destacam a perspectiva da hospitalidade, tendo quartos com camas ao invés de leitos (11), e um curto período de estadia (32). Outro ponto fundamental dos CAPS é o destaque dado ao território enquanto área geográfica, pessoas, instituições, redes e cenário que compõem a comunidade (32), movimento muito significativo tendo em vista que trabalhar no território propõe o resgate das potencialidades da comunidade e construções coletivas (32). Além disso, é fundamental saber que a população atendida por esses serviços se encontra numa situação de maior vulnerabilidade (33), logo quanto mais ações de cuidado diversificadas, entendendo as individualidades das pessoas, maior será a potencialidade de benefícios.

### 3.3 Racismo e saúde

É urgente compreender o racismo estrutural, que consiste em uma forma de segregação que se manifesta nas práticas conscientes ou inconscientes e que perpetuam a segregação racial (34). Associadas a ele, ainda são vistas as violências simbólicas pelas relações de poder e falta de representação sociais e culturais (34) e que somatizadas são fatores de estresse e adoecimento físico e psíquico para as pessoas negras. Diante dessa conjuntura, é fundamental compreender que essas atitudes figuram-se como ferramentas de consolidação do biopoder, tecnologia que permite a eliminação dos segmentos populacionais indesejáveis (35). Além disso, cabe entender os outros mecanismos que visam destruir as pessoas vistas como desprezíveis, a partir do dilaceramento da autoestima por meio da alienação racial (36), da negação de acessos e do epistemicídio, como bem explicita Sueli Carneiro:

Fenômeno que ocorre pelo rebaixamento da autoestima que o racismo e a discriminação provocam no cotidiano escolar; pela negação aos negros da condição de sujeitos de conhecimento, por meio da desvalorização, negação ou ocultamento das contribuições do Continente Africano e da diáspora africana ao patrimônio cultural da humanidade; pela imposição do embranquecimento cultural e pela produção do fracasso e evasão escolar (35).

Nesse cenário, é fulcral ressaltar também o padrão cotidiano de tratamento desigual por parte das instituições, o racismo institucional (37), definido como a incapacidade coletiva, manifestada por comportamentos e ausência de atitudes, de uma organização de promover um serviço apropriado ou profissional para as pessoas devido à sua cor, cultura ou origem racial/étnica (35) como potencializador dessas agressões. É possível encontrar inúmeros exemplos de como os serviços de saúde atuam reproduzindo essa ideologia discriminatória. Há diversos relatos de usuários (as) do SUS que sofreram preconceitos nos serviços de saúde, principalmente por parte dos (as) médicos (as) (13), sendo basilar pensar na relação desses episódios com a histórica ausência de pessoas negras e também de pessoas brancas aliadas à luta antirracista nos espaços de poder do Setor Saúde (1).

Nessa perspectiva, o acesso de pessoas negras ao sistema de saúde brasileiro é extremamente problemático. Em 1992, o Congresso Nacional, por meio de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, constatou que mulheres negras eram forçadamente esterilizadas, além de passarem por situações de mutilação nos serviços de saúde (38). Existem também dados demonstrando que diante das mesmas patologias ou agravos, as pessoas negras morrem mais cedo que as brancas

(13), ratificando como a desigualdade racial é promotora do adoecimento e óbito dessa população. Além disso, é essencial repensar o individualismo que setores da psicologia, por exemplo, pregam ao defender que os sujeitos são os próprios produtores da doença, desconsiderando os aspectos sócio-históricos frente ao processo saúde-doença (39).

Desse modo, é válido recordar que a noção de raça, nada mais é que um conceito, cientificamente inoperante, para explicar a diversidade humana (36) e hierarquizá-la. Assim, quando Foucault fala sobre o conhecimento do corpo pelo negro ser um processo de negação diante do mundo branco (40), ele nos mostra os impactos subjetivos desse processo de “exclusão moral e desvalorização do outro como pessoa”

(19) que os brancos vêm fazendo há séculos. É nesse trágico cenário que pessoas negras são cada vez mais adoecidas diante das intersecções das desigualdades. Dessa maneira, é essencial ratificar a íntima associação do racismo com elevados níveis de estresse, ansiedade, medos patológicos, depressão e retraimento social (7).

Ademais, Fanon reflete que “não há nada mais neurotizante que o contato como irracional” (40). Logo, é coerente encontrar, junto a essa ideologia essencialista hierarquizante de raça (40), uma maior prevalência de transtornos mentais em pessoas não brancas (41), uma vez que essas se colocaram no local de “homem universal”, como definiu Cida Bento sobre a branquitude e suas heranças da escravização (19). Desse modo, é verificado também “o suicídio como ato performático”, como Grada Kilomba traz, como uma ação de tornar-se sujeito (37) frente uma vida com suas subjetividades violentadas pela desvalorização e negação.

Então, diante dos impactos do racismo institucional e do entendimento de como as iniquidades raciais em saúde contribuem para a morbimortalidade das pessoas negras (10), e fundamentalmente de um processo de mobilização do Movimento Negro, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra emerge, ao reconhecer o racismo como determinante social da saúde (10), como uma tentativa de atuar nessas iniquidades para poder promover saúde de maneira efetiva. A PNSIPN se aproximada Política Nacional de Saúde Mental ao preconizar a valorização das diferenças no cuidado em saúde (11), o que seria bastante produtivo, porém como Fernanda Lopes explicita, há uma “cegueira institucional” para a PNSIPN (11), limitando seu potencial de benefício.

Entretanto, mesmo diante dessa publicação, os desafios continuam imensos, exemplo disso é que, apesar de haver justificativas e dados que apoiam a maior incidência de sofrimento psíquico em pessoas negras, eles ainda são bastantes escassos devido a uma prevalente incompletude do quesito raça/cor e de mais estudos sobre essa prevalência (42) (43). Além disso, um estudo feito com residentese preceptores (as) de residência em saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade demonstrou que uma boa parte dos (as) profissionais acreditam que as políticas afirmativas são reforçadoras da discriminação (44). Essa percepção, além de extremamente problemática e reforçadora do racismo, alerta para as lacunas no processo de formação desses (as) profissionais, o que é ainda mais grave tendo em vista o potencial da Estratégia de Saúde da Família como redutora de iniquidades raciais em saúde (44).

Nessa conjuntura, as pessoas negras no Brasil seguem sendo adoecidas por esse sistema que atualiza continuamente o domínio colonial por meio de práticas e discursos remodelados (45). Pois, além da árdua tentativa de destruição da cultura de negros (as) (46), o Brasil exclui, rejeita, nega oportunidades e viola os direitos dessas pessoas. Menor expectativa de vida ao nascer, menores índices de escolaridade, menor renda são a realidade das pessoas negras no Brasil (47), dessa forma, o racismo é escancarado na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces e nos indicadores e coeficientes de mortalidade materna (48). Destarte, diante das tantas evidências de como “ser negro, pobre e periférico em um país que exige a brancura e a riqueza” é enlouquecedor (11), é inviável que a sociedade brasileira mantenha sua tradicional recusa em enfrentar e discutir o racismo (45) pelo seu costume de ter “preconceito de ter preconceito”, como afirma Florestan Fernandes (38), ao fortalecer a falaciosa democracia racial que sustenta e legitima as práticas discriminatórias e de extermínio da população negra (49).

Posto isso, é urgente que os (as) profissionais da saúde entendam a drástica nocividade do preconceito racial e não minimizem esses impactos, além de buscarem caminhos coletivos e individuais para mudar esse quadro, tendo em vista inclusive que as pessoas negras são as principais atendidas nos CAPS (5). Esse dado além de ratificar o nível de sofrimento psíquico delas, alerta para as diferenças sociais sendo os (as) negros (as) a população que mais utiliza os serviços públicos de saúde devido

a íntima relação do racismo com a renda. Nesse panorama, fica inegável a inviabilidade de construir uma reforma psiquiátrica sem questionar a formação social brasileira (49).

Por fim, é preciso, ratificar também a responsabilidade dos governos em colaborar com essa mudança na visão e, conseqüentemente, na postura dos profissionais, pois a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra traz também como diretriz a formação e educação permanente dos (as) trabalhadores (as) dos serviços de saúde (10). Apenas a partir dessas posturas, os louváveis e necessários objetivos da PNSIPN serão realmente garantidos nas práticas do Sistema Único de Saúde.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

Esse trabalho consiste em um estudo qualitativo do tipo transversal a partir de dados primários. A pesquisadora e doutora em Saúde Pública, Maria Cecília de Souza Minayo, afirma que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, valores, aspirações, crenças e atitudes que não pode ser quantificado (50). Desse modo, compreendendo que “*a mensuração dos fatos sociais depende da categorização do mundo social*” (51), a pesquisa qualitativa figura como meio essencial para a exploração dos fenômenos das relações humanas (50). Na área da saúde, esse tipo de estudo revela-se como um importante instrumento ao considerar que esse campo, além de se constituir de um conjunto de tecnologias para prever, prevenir e curar enfermidades, é formado também por uma prática social fundada na cultura (52).

### **4.2 Local e população do estudo**

O estudo ocorreu em um do Centro de Atenção Psicossocial II da cidade de Salvador e sua população foram os (as) profissionais que ofertam práticas de cuidado aos usuários do serviço e se enquadram no critério de elegibilidade de atuar no CAPS II em questão há pelo menos 6 meses. Como critério de exclusão, foram excluídos (as) do estudo os (as) profissionais que atuam no serviço há menos de 6 meses ou tiveram se afastado do serviço nos últimos 6 meses. Todos (as) os (as) profissionais do serviço que atenderem ao critério de inclusão e não se encaixarem no de exclusão foram convidados (as) a participar das entrevistas.

O recrutamento dos (as) participantes foi dado da seguinte forma: ao chegarmos na unidade de saúde, nos apresentamos para o (a) gerente e mostramos o ofício, ele (a), que então, nos apresentou aos (às) profissionais da unidade e fomos convidando todos (as) profissionais que ofertavam práticas de cuidado para a pesquisa pactuando um dia para voltarmos à unidade para realização das entrevistas, deixando a critério dos (as) profissionais se queriam participar. Assim, o tamanho da amostra foi de 9 profissionais.

### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu em na cidade de Salvador-BA 03/07/2022 a 20/03/2023, tendo iniciado as coletas em 09/11/2022, por meio de entrevistas presenciais, utilizando um questionário semiestruturado de autoria própria (APÊNDICE A). Elas aconteceram em uma sala privada no próprio CAPS II, foram conduzidas pelas pesquisadoras a partir de um roteiro previamente elaborado, foram gravadas mediante consentimento dos (as) entrevistados (as) e serão armazenadas no computador das pesquisadoras por 5 anos.

### **4.4 Análise dos dados**

Após a realização das entrevistas, elas foram integralmente transcritas e armazenadas para posterior leitura e análise. Os dados foram ordenados, classificados e trabalhados por meio da análise do conteúdo. Sobre esse método, Minayo observa que:

Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critério de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda (50).

Dessa maneira, uma pré-análise dos dados foi realizada, a partir de uma visão geral das respostas, analisando suas particularidades e conceitos iniciais (50). Em seguida, o material foi explorado a partir dos procedimentos metodológicos fundamentais à análise do conteúdo: categorização, inferência, descrição e interpretação (50). Diante disso, esse estudo se ateve à exploração do conteúdo das mensagens passadas nas entrevistas, buscando encontrar as semelhanças e diferenças entre as falas e traçar paralelos entre elas. Por conseguinte, após as leituras críticas dos textos transcritos, as mensagens foram alinhadas e sistematizadas.

### **4.5 Aspectos Éticos**

Sendo a pesquisa desenvolvida com seres humanos, o projeto foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de

Medicina e Saúde Pública e após a aprovação no segundo parecer, cujo número do CAEE foi 60497222.1.0000.5544 (ANEXO A) as pesquisadoras iniciaram a coleta de dados.. Os (as) participantes foram informados dos propósitos e passos da pesquisa antes de aceitarem participar e, então, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Ao considerar uma pesquisa que envolve pessoas, é necessário esclarecer que sempre poderá ocorrer riscos para os participantes. Para diminuir o risco de vazamento de dados e identificação do (a) profissional, as pesquisadoras garantiram também o arquivamento dos documentos num computador pessoal, o qual está protegido por senha e apenas as pesquisadoras têm acesso aos dados compilados. Além disso, as entrevistas foram salvas com nomes de plantas e todo o material será excluído após um período de 5 anos, bem como sua utilização será restrita aos fins acadêmicos e científicos. Ademais, é válido ressaltar a beneficência que esse trabalho apresenta para a academia e os serviços de saúde ao aprimorar os estudos em saúde mental e racismo.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil dos profissionais/ Características sociodemográficas

O estudo contou com 9 entrevistadas, todas do gênero feminino, com idade entre 39 e 67 anos, de 7 categorias profissionais e todas trabalham no CAPS em questão há mais de 5 anos. As profissionais foram nomeadas de forma fictícia com nomes de plantas.

Entre as entrevistadas, 3 se autodeclararam brancas, 2 se autodeclararam pardas e as outras 4 pretas, que inicialmente se declararam como negras, no entanto, essa categoria é a soma de pretos e pardos, segundo classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), então, foi identificado, ao longo dessas entrevistas, que essas 4 profissionais identificavam-se como pretas, como descrito na tabela abaixo.

**TABELA 1- PERFIL DAS PROFISSIONAIS ENTREVISTADAS (N=09).**

PROFIS- SIONAIS	RAÇA/ COR	GÊNERO	ORIENTAÇÃ O SEXUAL	IDADE (anos)	FORMAÇÃO	TEMPO*
Baobá	Preta	Feminino	Heterossexual	39	Psicóloga	9
Evônimo	Branca	Feminino	Heterossexual	59	Enfermeira	16
Avenca	Branca	Feminino	Heterossexual	67	Psicóloga	16
Canoé	Branca	Feminino	Heterossexual	54	Psicóloga	16
Babosa	Preta	Feminino	Heterossexual	63	Assistente social	8
Pandamus	Preta	Feminino	Heterossexual	44	Terapeuta ocupacional	8
Figureira- vermelha	Preta	Feminino	Heterossexual	40	Técnica de enfermagem e Assistente social	9
Chichá	Branca	Feminino	Heterossexual	58	Nutricionista	6
Nandina	Branca	Feminino	Heterossexual	45	Médica	6

Fonte: Elaboração própria

\* Tempo de atuação no serviço (em anos)

Nesse sentido, as duas profissionais autodeclaradas pardas, ao longo das entrevistas, demonstraram, na verdade, identificarem-se como brancas. Evônimo, afirma que “o moreno que é pardo” e Chichá diz se identificar como parda pois “quando eu estou no Sol, realmente, eu fico mais morena”. Além dessas falas destacadas, durante as entrevistas, era perceptível que elas se referiam a população negra como o outro, não se percebendo quanto parte da população negra. Diante desse impasse, para dados dessa caracterização foi considerada não só a autodeclaração, mas uma heteroidentificação das participantes da pesquisa, levando em consideração

características fenotípicas e sobretudo os discursos apresentados durante a entrevista. Sabe-se que *“o pardo representa uma identidade racial complexa, muitas vezes confusa, difusa, negada e afirmada”* (53), assim, diante do frágil letramento racial da população, faz-se necessária a heteroidentificação, que representa a forma como a pessoa é lida socialmente, compreendendo-se que as identificações raciais são sociais e subjetivas (53).

Assim, pudemos classificá-las como brancas e tivemos, então, 4 profissionais negras, demonstrando que 44% das profissionais são atravessadas pelo machismo e pelo racismo, sendo fundamental a compreensão desse local de *“interação simultânea das avenidas identitárias”* (54) onde elas se encontram, como refere-se Kimberlé Crenshaw ao cunhar o termo interseccionalidade. Diante dessas informações, chama-se atenção para todas as profissionais serem mulheres cisgêneras, em consonância com os dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, em 2022, divulgaram que as mulheres correspondem a quase 70% dos profissionais de saúde e assistência médica no mundo (55). Além disso, é importante reconhecer a presença das mulheres no cuidado em saúde mental, uma vez que, no Brasil, não se discute sobre a participação de mulheres na Reforma Psiquiátrica Italiana, por exemplo, principal influência da Reforma Psiquiátrica Brasileira (45).

Após leituras e análises das entrevistas, foi possível categorizar os dados obtidos em 4 categorias: perfil dos usuários do serviço, conhecimentos quanto a Reforma Psiquiátrica, compreensão do racismo e seus impactos e experiências em torno da saúde da população negra, sendo que essa última categoria ainda foi subdividida em 3 subcategorias, sendo elas: conhecimentos acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, abordagem da saúde da população negra na prática profissional e impressões preenchimento do critério raça/cor nos prontuários de atendimento.

### **Perfil dos (as) usuários (as) do serviço**

Todas as profissionais afirmaram que a maioria dos usuários do CAPS em questão é da raça negra, Baobá chegou a pontuar que *“80-90% dos (as) usuários (as) são negros (as)”*. Esse fato já era esperado considerando-se outros trabalhos que afirmaram que *“a loucura tem maior incidência nos negros”*, encontrados majoritariamente nas densas periferias das cidades, com os piores indicadores sociais e submetidos a incontáveis formas de violência (56). Esses fatos podem ser

observados mesmo diante da imprecisão dos dados sobre a prevalência dos transtornos mentais na população negra, devido à uma série de fatores, como a falta de padronização e a ausência nos registros, por parte dos profissionais da saúde, do quesito cor na ficha dos usuários dos serviços (41).

É relevante, no entanto, destacar que a declaração racial da pesquisa não foi a ideal, uma vez que é a percepção das profissionais sobre os (as) usuários (as) e não a autodeclaração deles (as), como o Estatuto da Igualdade Racial (57) prevê, considerando a população negra como “o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga” (57). Em contrapartida, existem debates sobre a efetividade da auto e da heteroclassificação racial, uma vez que o pesquisador Nelson Silva, por exemplo, afirma que a autoclassificação é influenciada pela situação socioeconômica do pesquisado e a hetero propicia um critério mais objetivo, mais vinculado às características de seu fenótipo (58). Sendo importante destacar também como “a assimilação da cultura dominante influencia na formação das identidades sociais e de raça” (59), comprometendo, algumas vezes, a autopercepção racial de pessoas negras. Ainda assim é relevante perceber a maioria negra num serviço de saúde mental público, dialogando com os impactos do racismo no adoecimento mental das pessoas e nas condições socioeconômicas.

Com relação ao gênero dos (as) usuários (as) do CAPS, 5 profissionais acreditaram haver mais mulheres, 3 afirmaram ter mais homens e 1 achou que é a divisão é igualitária. Esses dados trazidos pelas profissionais estão em consonância com o Plano Municipal de Saúde de Salvador 2021, que afirma que, nos CAPS II, “há um quantitativo maior de mulheres do que homens em atendimento, sendo o percentual de 57% feminino” e ele não trouxe dados sobre faixa etária e raça cor (60). Já o Plano Municipal de Saúde de Salvador 2022-2025 não apresentou dados específicos sobre saúde mental. Avenca destacou ainda o papel do machismo no sofrimento mental, afirmando que:

*“O homem, eu acho que, por ele ter regras muito estabelecidas pelo machismo e pela coisa socialmente instituída, ele pira menos. Mas quando pira também é muito forte. Entendeu? Eu acho que a mulher pela própria condição de mulher inferiorizada ao homem facilita a questão da doença mental.”*

Essa reflexão abre um diálogo sobre as formas que o machismo impacta na saúde mental das mulheres, sobrecarregadas e violentadas pela sociedade, mas também

dos homens, postos no lugar de fortaleza, em que ser cuidado é sinal de fraqueza e, assim, acessando muito menos os serviços de saúde. Ainda é relevante destacar o lugar machista da medicina que, por muito tempo, defendeu a existência de uma condição biológica nas mulheres que justificava e naturalizava certas “*desordens mentais femininas*” (45).

Nessa esfera, é preciso destacar também a pluralidade do ser mulher uma vez que o machismo não afeta mulheres brancas e negras da mesma forma, bem como mulheres pobres e ricas, nem mulheres heterossexuais e LGBTQIA+. Logo, ao discutir machismo é preciso ir além dos debates da mulher universal e enxergar as intersecções que as permeiam. É válido destacar a colocação da ativista e escritora Grada Kilomba que diz que as mulheres negras se encontram na categoria de o outro do outro e nunca de si mesmas, pois não são nem brancas, nem homens, sendo a antítese da branquitude e da masculinidade (37). Assim, sabe-se também que a lógica manicomial foi estruturada na “exploração, na desigualdade e na subalternidade étnica e racial do trabalho” (45). Não alheio a isso, a percepção da maioria das profissionais entrevistadas mostra, justamente, que a maioria das pessoas que utilizam o serviço do CAPS II em questão são mulheres negras.

Por fim, em relação a faixa etária predominante dos (as) usuários, 4 profissionais afirmaram que a maioria está entre 30 e 50 anos, 1 afirmou que a média é de 46 anos, 1 falou que a maioria são adultos, outra que a maioria são idosos e 1 estabeleceu a faixa etária de 25 a 60 anos. Apesar das peculiaridades de respostas, todas caminham no sentido de a maioria dos (as) assistidos (as) por esse CAPS serem adultos. Não sendo um CAPS I, obviamente não era para ser encontrados crianças e adolescentes, mas o dado dialoga diretamente com a “Revisão Mundial sobre Saúde Mental” da OMS, divulgado em 2019, que mostrou que 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos (61).

### **Conhecimentos quanto a Reforma Psiquiátrica**

Todas profissionais reconheceram a importância da Reforma Psiquiátrica, destacando seu papel na oferta de cuidados mais humanizados aos usuários da saúde mental. Esse movimento é extremamente valioso ao compactuar com o protagonismo da pessoa que vive com transtorno mental (17). Nesse contexto, elas trouxeram alguns comentários sobre suas visões a respeito da Reforma Psiquiátrica, como destacado abaixo:

Baobá: *“Uma possibilidade de oferecer cuidados mais humanizados [...] eu entendo que foi revolucionário, assim, a proposta da reforma [...] foi um marco muito importante para repensar o cuidado em saúde mental.”*

Figueira-vermelha: *“O que eu considero mais importante é a reinserção que alguns pacientes tiveram com o início dos CAPS no Brasil. [...] mas eu acho que a condição de você reinserir esse indivíduo na sociedade. Fazendo com que ele seja uma pessoa mais capaz, participar das oficinas e ter mais noção para que ele pode ser inserido e possa fazer uma atividade, pegar as medicações, fazer uma consulta.”*

Pandamus: *“De acabar com os internamentos [...] passando a a família a participar junto com outros dispositivos de saúde como CAPS, residências, ambulatórios.”*

Nesse sentido, é válido destacar a importância dos CAPS no processo de desinstitucionalização, cumprindo seu papel de *“núcleo estratégico da rede assistencial em Saúde Mental”* (17). Assim, é esperado que os (as) profissionais desse centro estejam em constante contato com as ideias e atualizações da RP, de modo a promover sempre a melhor assistência desinstitucionalizadora aos (às) usuários (as) do serviço. Entretanto, nos chama atenção o fato de 7 profissionais afirmarem não conhecer o Manifesto de Bauru, tido como o precursor da Reforma Psiquiátrica Brasileira (17). Logo, é problemática essa evidente lacuna no conhecimento das profissionais, que trabalham no principal serviço substitutivo de saúde mental, quanto à RP.

Em contrapartida, algumas profissionais destacaram os retrocessos e o Movimento de Contrarreforma que vem ocorrendo nos últimos anos. Avenca afirmou que nos últimos anos, *“a gente teve um retrocesso horrível [...] mas o que você não deixa de perceber que por exemplo o eletrochoque voltou [...] eu tenho essa ideia de que não existe reforma psiquiátrica no hospício.”*. Já Nandina, afirmou que *“a coisa vem perdendo a força no meio do caminho, então, tem umas características, hoje em dia, muito falhas”*. Diante dessas pontuações, é importante problematizar as Comunidades Terapêuticas ocuparem o centro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (7). Visto que, *“relatórios apontam violações de direitos humanos, maus tratos, violência física, compulsoriedade religiosa, laborterapia, asilamento obrigatório e abstinência como condição para o tratamento”* em instituições desse tipo (45). Esse movimento ratifica como *“os manicômios ultrapassam os muros e se atualizam a todo instante”* (5), fazendo-se necessária uma vigilância contínua e o questionamento dessas práticas retrógradas. Ainda nesse cenário de retrocessos, é fundamental destacar as tentativas de desmoronar a RP por parte dos governos de direita, principalmente o ex-presidente Jair Bolsonaro, incluindo-se, pela primeira vez, os hospitais psiquiátricos na RAPS e

fornecendo um reajuste garantido escalonado do valor das diárias de internações (62), além da PORTARIA GM/MS Nº 596, DE 22 DE MARÇO DE 2022 que determinou corte de recursos da RAPS (63).

No contexto de RP, apenas 2 profissionais não conhecem Basaglia e Baobá reforçou seu lugar de “referência” da RP. Esse dado traz uma série de problemáticas, uma vez que ratifica o hábito de nomear figuras como pais ou fundadores, desconsiderando a multiplicidade das raízes dos fenômenos (22). Em contrapartida, as profissionais disseram conhecer Juliano Moreira, principalmente por conta do hospital psiquiátrico soteropolitano, mas não aprofundaram a discussão sobre o médico baiano. Algumas afirmaram, inclusive, não terem ouvido falar dele durante a graduação e 2 profissionais, nascidas e formadas fora da Bahia, contaram que só ouviram falar do médico quando chegaram aqui.

Além disso, apenas 3 afirmaram já terem ouvido falar em Franz Fanon, mas apenas 1 apresentou conhecimentos sobre ele, Figueira-vermelha disse que “*Franz Fanon era um psiquiatra, inclusive negro [...]*. Esse desconhecimento sobre Moreira e Fanon são reflexos do racismo, que “*opera precisamente na tentativa de silenciamento dos atores e atrizes sociais que intentam apontá-lo*” (4), tendo em vista que os dois adotaram práticas de humanização dos hospitais psiquiátricos antes de Basaglia (22). Assim, ano após ano, são ocultadas as contribuições dos psiquiatras negros e a imensa maioria da população acredita que a RP foi uma luta da branquitude, uma vez que “*o silenciamento é o produto da ação do discurso hegemônico da identidade branca, que ao ser massivamente repetido, passa a ser verdadeiro*” (59), assim é um dos artifícios do racismo apagar as figuras negras da história para manter a falsa ideia de que os avanços da sociedade, em todas as áreas, são uma conquista da branquitude.

As entrevistadas destacaram ainda, como muitos usuários acabam abandonados e esquecidos nos manicômios por suas famílias. Esse fato é bem problemático, logo, é preciso lembrar que “*não existe psiquismo que não se inscreva como fato social e não existe fato social que não se inscreva como psiquismo*” (17). Assim, obviamente nessas situações de esquecimento, as maiores vítimas eram os (as) loucos (as), mas é preciso compreender os contextos familiares que aquelas pessoas estavam inseridas, uma vez que a falta de saberes sobre como lidar com uma pessoa com transtorno mental, muitas vezes acaba gerando receios e inseguranças. Esses sentimentos advêm da popularizada crença de uma “*suposta ‘imprevisibilidade’ do louco*” que reforça o estigma da periculosidade, da ameaça latente (17).

## Compreensão do racismo e seus impactos

Baobá: *“Porque o racismo me remete muito a ideia de sofrimento [...] de inferiorização.”*

Babosa: *“O racismo está impregnado na sociedade, já que nós somos frutos do colonialismo.”*

Figueira-vermelha: *“A minha compreensão sobre o racismo é que o racismo, ele só acontece com relações de poder.”*

Essas foram algumas das frases utilizadas pelas profissionais ao serem questionadas sobre o que compreendiam sobre o racismo. As escolhas léxicas das entrevistadas demonstram um certo entendimento da maleficência do racismo. Nesse sentido, é válido remorar o que Kabengele Munanga traz sobre racismo:

“ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que têm características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas suportes das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas e se situam numa escala de valores desiguais. Visto deste ponto de vista, o racismo é uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural. O racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos.” (36)

Desse modo, entendida a origem do racismo, é fundamental compreender suas atualizações, uma vez que o preconceito racial se manifesta de diversos modos na contemporaneidade, diante da constante atualização da colonialidade nos contextos latino-americanos, caribenhos e brasileiros (45). Nas entrevistas, todas as profissionais afirmaram compreender o que é racismo institucional, variando o grau da explicação sobre o conceito e algumas não conseguiram explicar de forma coesa, confundindo-o com o racismo estrutural. Essa confusão entre os termos indica que a compreensão de racismo institucional e estrutural não está bem demarcada para as profissionais, o que é perigoso uma vez que pode contribuir para *“um esvaziamento da importância ou da gravidade dos efeitos nefastos do racismo”* (46) e essa a falta de conhecimento propicia também a perpetuação dessas ações e *“o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações”* (64).

Ainda nessa ocasião, Canoé afirmou que *“pra mim o (racismo) institucional só não é maior que o (racismo) estrutural, mas o (racismo) institucional acho que faz barreiras e diminui o acesso das pessoas em algumas situações pelo fato simplesmente de serem negras”*. Logo, é válido destacar também a relevância de se compreender o racismo estrutural diante de sua constante atualização e reprodução de vulnerabilidade e morte na população negra (7). Além disso, em determinados

momentos, as entrevistadas citaram também a naturalidade que termos racistas são proferidos pelas pessoas e afirmaram que elas mesmas se percebem repetindo tais expressões, apesar de terem consciência do equívoco e algumas afirmaram se fiscalizarem quanto a isso. Essas falas remetem ao racismo cotidiano, qual constituiu-se por um acúmulo de episódios reprodutores do trauma da história colonial coletiva (37).

Ainda nesse contexto, todas as entrevistadas afirmaram acreditar que o racismo impacta na saúde mental das pessoas negras, compreensão que é fundamental entre os cuidadores dessas pessoas e, infelizmente não tão comum uma vez que pesquisas mostram que “para trabalhadores da reforma psiquiátrica ‘a loucura não tem cor’” (39). As considerações que as profissionais fizeram ao serem questionadas se acreditavam que o racismo impactava na saúde mental das pessoas negras como apresentadas abaixo:

Figureira-vermelha: *“Então, a pessoa não tem muita oportunidade, então isso acaba, eu acho que acarretando um sentimento de menos valia [...] como se fosse uma coisa de escravidão mesmo de ser minorizado até pelo pela própria comunidade.”*

Pandamus: *“Totalmente. Primeiro pela questão da autoestima né? Nunca a gente se vê em um livro, em nada.”*

Nesse cenário, 7 profissionais, afirmaram já terem conversado entre si sobre racismo, Avenca disse que nunca conversou no serviço sobre a temática e Pandamus disse que não lembra. Nandina, a médica entrevistada, afirmou que as discussões sobre racismo ficam mais nas oficinas e que os (as) médicos (as) ficam de fora por terem meta de atendimento para cumprir. Essa pontuação nos remete a história da psiquiatria, uma vez que é sabido que a psiquiatria foi cúmplice da manutenção da lógica racista nas sociedades americanas e contribui para a perpetuação do racismo (4). Isso alerta, principalmente, para a formação médica tecnicista e retrógrada, que ainda não é capaz de olhar para os contextos socioeconômicos dos indivíduos e, além de não potencializarem o cuidado, acabam, lastimavelmente, gerando mais danos. Sendo importante também, destacar o papel da gestão dos serviços de saúde na manutenção dessa falha médica ao considerar produtividade apenas a quantidade de atendimentos e negligenciar a qualidade e efetividade deles.

Ainda nessa perspectiva, Canoé contou uma situação em que ela tentou organizar uma atividade com as mulheres: *“tipo assim, eu fiz uma tentativa. Eu tenho um grupo de mulheres e eu fiz uma tentativa de trabalhar com ancestralidade e pedi pra que elas trouxessem histórias das avós delas. Ninguém quis fazer esse grupo. Eu marquei,*

*remarquei, tremarquei e elas não trouxeram as histórias. Trouxeram informações bem pontuais [...] E eu não fiz o trabalho*". Diante do apresentado, é preciso olhar criticamente para a situação visando entender o que leva mulheres negras, em sofrimento mental e vulnerabilidade social se esquivarem de falar sobre suas avós. Primeiramente, como traz Fanon, as pessoas negras passaram por um processo de despersonalização, sendo forçadas a *"desenvolver um relacionamento com o eu e a performar o eu que tem sido roteirizado pelo colonizador, produzindo em si mesmo a condição internamente dividida, de despersonalização"* (40). Então, é fundamental entender o histórico silenciamento delas, proibidas de falar, amordaçadas e agredidas de inúmeras formas quando não se calaram e descredibilizadas quando ouvidas. Inclusive há diversos relatos de pessoas negras sobre a grande dificuldade *"em encontrar um profissional, com o qual se identifique e que não banalize o sofrimento de um paciente que enfrenta problemas relacionados a questões raciais"* (34). Ademais, esse incômodo da profissional demonstra a o lugar que os sujeitos brancos ocupam de se acharem detentores do saber, inclusive sobre o que é melhor para as pessoas negras, remetendo a conceituação que Lia Vainer Schucman traz a respeito sobre a branquitude como *"construção sócio-histórica produzida pela ideia falaciosa de superioridade racial branca, e que resulta, nas sociedades estruturadas pelo racismo, em uma posição em que os sujeitos identificados como brancos adquirem privilégios simbólicos e materiais em relação aos não brancos"* (65). Assim, fica nítido como as pessoas brancas agem apenas conforme sua óptica e nem passa pelas suas cabeças buscar entender a opinião de indivíduos negros sobre suas próprias vidas, afinal, elas que são os sujeitos universais, logo, nada além de suas opiniões são válidas. Nesse contexto, fica evidente também a postura paternalista dos (as) profissionais da saúde, onde o processo de tomada de decisão é de baixo envolvimento, baseado em uma relação de dominação por parte do (a) profissional e de submissão por parte do paciente (66). Assim, os (as) profissionais acreditam saber o que é melhor para as usuárias trabalharem e, nesse caso, nem questionam o que elas desejam discutir ou o porquê delas não estarem animadas com determinada atividade.

### **Experiências em torno da saúde da população negra:**

#### **- Conhecimentos acerca da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**

Nas entrevistas, todas profissionais expressaram diretamente desconhecem a

Política Nacional de Saúde Integral da população negra. Algumas até afirmaram saberem da existência da política, mas nunca terem lido, como destacado abaixo:

Baobá: *“Nunca tive a oportunidade de ler, mas já ouvi falar.”*

Evônimo: *“Já ouvi falar, mas nunca me aprofundei, nem participei de alguma discussão.”*

Avenca: *“Olha, eu não conheço.”*

Pandamus: *“Eu sei que existe, mas eu não estudei.”*

Essa falta de contato com a PNSIPN, ao escancarar a pouca valorização que as profissionais dão a política, demonstram mais uma das ferramentas do racismo institucional quando elas ratificam a carência de um olhar crítico na problemática étnico-racial e suas implicações na saúde (67). Nessa perspectiva, é também contraditório que todas as profissionais afirmem que a maioria da população atendida no serviço é negra e que acreditam que o racismo impacta na saúde mental das pessoas negras, no entanto, nenhuma delas ter realizado a leitura da política.

Essa indiferença com a saúde da população negra mostra como o racismo institucional promove a falta de conhecimento dos (as) profissionais e o descaso sem o menor constrangimento por essa negligência. Assim, é extremamente frustrante concluir que após quase 14 anos da publicação da PNSIPN, ela ainda seja tão negligenciada e desconhecida, ainda mais, tendo em vista a grande importância que há de os profissionais de saúde estarem em contato com ela, diante de seus expressos apontamentos sobre a desvantagem a qual a população negra é exposta ainda hoje (68). Desse modo, chama-nos atenção também o fato de grande parte das profissionais, 5, nunca ter participado de uma capacitação sobre saúde da população negra e algumas ainda afirmaram que nunca viram a gestão ofertar essas oportunidades. Isso demonstra mais uma faceta do racismo institucional, quando o Estado deixa de cumprir seu papel previsto pela diretriz da PNSIPN de promover a educação continuada dos (as) profissionais (9).

Além disso, a fala de uma profissional chamou atenção ao sugerir que a militância negra estaria no lugar confortável de ter a política e não divulgá-la.

*Chichá: Então assim eu eu acho que a gente precisa fazer mostrar a cara. Né? Realmente sair e fazer a divulgação. Vim realmente ocupar os espaços. Como hoje o LGBT está fazendo? O LGBT procura todos os espaços e vai apresentar. Não esperar que eu o funcionário vá ler, não esperar que o gestor vai mandar fazer, né? Mas assim, é sair da caixinha, sair do lugar cômodo também, de que aí eu tenho essa política que basta eu mandar o papel que alguém vai ler, não é assim acho que realmente tem que fazer.”*

A fala de Chichá traz alguns aspectos bem problemáticos e necessários de serem discutidos. Primeiramente, ela sugere que não esperemos que o gestor e o funcionário

cumpram seu papel, divulgar e conhecer a política respectivamente. Além disso, ela afirma que há um lugar cômodo onde as pessoas negras estão ao esperar que os serviços simplesmente cumpram suas funções. Dessa forma, é preciso lembrar que o Ministério da Saúde ratifica que todo profissional da área têm grande responsabilidade e deve conhecer a PNSIPN, buscando contribuir para o combate ao racismo e às iniquidades (9). Obviamente, em uma sociedade desigual, com tantas marcas do colonialismo, todas as pessoas engajadas devem buscar mecanismos de lutar contra o racismo, mas é inadmissível colocar essa missão apenas nas mãos da militância e eximir os (as) profissionais de suas responsabilidades. Ainda é extremamente injusto e cruel classificar um segmento populacional, que necessita ter uma política de saúde específica para tentar ter sua equidade garantida, como estando em um lugar cômodo por ter conquistado, após anos de exclusão e reivindicações essa política pública de saúde. Assim, fica nítido como o pacto narcísico da branquitude, através de suas alianças em prol da negação do problema racial e do silêncio (19), exime as pessoas brancas de toda e qualquer responsabilidade perante o racismo e impõe todas as obrigações às vítimas, pessoas negras.

#### **- Abordagem da saúde da população negra na prática profissional**

As profissionais não conseguiram expressar ações concretas realizadas por elas considerando o racismo como gerador do adoecimento psíquico.

*Pandamus: “Olha eu vou falar por mim, eu não faço (práticas considerando o racismo).”*

*Chichá: “A gente não leva em consideração raça, cor, sexo, então a maneira, a metodologia que a gente trabalha ela é bem direcionada para o acolhimento, então quando você acolhe, você acolhe tudo que está envolvido com a raça/cor.”*

*Nandina: “Acho que a coisa é é acaba fluindo mais aqui pela sensibilidade do profissional da saúde mental de lidar com esses assuntos mais delicados [...] eu acho que é muito mais a questão de sensibilidade do que de da política em si.”*

Essa ideia de acolher o sofrimento trazido pelos (as) usuários (as) de maneira homogênea afirmando ser o melhor caminho é uma alternativa clássica em que o racismo institucional, na saúde pública, reforça o mito da democracia racial, com os (as) profissionais demonstrando a ausência de um olhar crítico na problemática étnico-racial e acabam não promovendo a equidade, pois a população negra tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e não tem a mesma qualidade na atenção à saúde como a população branca (67). Assim, é nítida a força que tem essa armadilha de que um atendimento igualitário é o melhor caminho de cuidado, sendo que há pessoas que

precisam de uma atenção diferente para serem colocadas no mesmo patamar de igualdade de oportunidades. Essa falta de ação diante das iniquidades geradas pelo racismo, além de ferir um dos princípios do SUS, o da equidade, é contraditória por parte das profissionais, que afirmam acreditar que o racismo impacta na saúde mental das pessoas negras, mas acham que não é preciso fazer nada quanto a ele no processo de cuidado. Em contrapartida, Baobá afirmou que não percebe ter ações com base na PNSIPN, mas, *“sempre valida o que as pessoas negras trazem como sofrimento”*. Esse movimento de legitimar a dor das pessoas negras é muito importante diante de uma sociedade que minimiza e invalida os efeitos psicossociais do racismo, bem como descredibiliza as narrativas das pessoas que vivem com transtornos mentais (4).

Nandina: *“Não se veem como merecedoras ou como pessoas que podem ter acesso a a conquistas muito pela questão da cor da pele que está atrelada também a questão econômica e educacional.”*

Chichá: *“Não tem acesso a alimentação de qualidade [...] cadê a condição? Impacta, uma das coisas que eu vejo, é, justamente, nessa condição financeira.”*

Nas falas acima, foi perceptível como algumas entrevistas reforçam a associação entre raça e classe, mimizando o impacto do racismo nas iniquidades em saúde que as pessoas negras vivem. Essa associação é também uma forma de isentar a população branca das iniquidades, desresponsabilizando-as de uma reparação histórica e não assumindo um compromisso na luta antirracista (69). Elas reforçam também o mito da democracia racial ao sustentar que as iniquidades que a população negra está sujeita são fruto apenas da desigualdade social.

#### **- Impressões preenchimento do quesito raça/cor nos prontuários de atendimento**

A maioria das profissionais afirmou preencher o quesito raça/cor ainda que nem todas tenham alegado compreender sua importância. Apenas duas profissionais afirmaram não preenchê-lo, reconhecendo ser uma falha delas. Nesse sentido, é preciso primeiro ressaltar que esse preenchimento é uma medida obrigatória recente, uma vez que apenas em 2017, a Portaria nº344 estabeleceu a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça cor em todos os formulários dos sistemas de informação em saúde (70), sendo uma diretriz da PNSIPN. Além disso, é fundamental entender que o preenchimento do quesito raça/cor está intrinsecamente relacionado ao contexto escravocrata brasileiro, cuja forma de levantamento de dados associados a esses requisitos guardam, em sua gênese, as marcas de segregação e de condução das

informações levantadas, a partir dos interesses políticos e econômicos do país em cada momento de sua história (71). Logo, é importante manter esse preenchimento negligenciado, como inúmeros estudos que demonstram que eles não ocorrem de forma efetiva (71), para não comprovar a nocividade do racismo e seu papel constituinte das desigualdades sociais na formação social brasileira pelo Estado capitalista e sua necropolítica (72).

Em outra perspectiva, diversas profissionais questionaram a autodeclaração dos (as) usuários (as) dos serviços, como apresentado a seguir:

Evônimo: *“Tem muitos que a gente vê que é negro, mas não diz que é negro, é pardo.”*

Chichá: *“Eu acho assim que eles ainda não se identificam como eles são.”*

Pandamus: *“Você olha pra pessoa e você vê que já é negra, é preta, cor preta. E ela diz que ela é parda como se isso tivesse diminuindo.”*

Esses apontamentos das profissionais demonstram mais uma vez, a postura egocêntrica das profissionais da saúde de acreditarem saber mais sobre indivíduos negros do que eles mesmos. Além de evidenciar como a discussão sobre raça no Brasil ainda é bastante superficial e, muitas vezes, presa ao binarismo branco-preto que é incapaz de representar toda a diversidade do país (53), evidente quando a profissional demonstra não saber que pretos e pardos são negros de acordo com a formalização do IBGE. Além disso, é preciso compreender que as “identificações raciais seriam sínteses resultantes da apropriação de diversos significados culturais e simbólicos feitas por cada sujeito ao longo do seu percurso singular, no qual procuraria conciliar vivências, muitas vezes contraditórias, de diferentes contextos sociais em que circula” (73). Ainda nesse contexto, temos que lembrar que pessoas negras passam por constantes processos de distanciamento de suas origens, uma vez que *“a assimilação da cultura dominante influencia na formação das identidades sociais e de raça”* (59). Assim, é esperado encontrar dúvidas quanto à identidade racial, no Brasil, ainda mais que a classificação racial brasileiro se dá por aparência (74), mas *“há também fenótipos raciais no Brasil que, ora podem ser considerados brancos, ora podem ser percebidos como negros, dependendo de quem olha, isso é, da forma como foi socializada a pessoa que se classifica ou que qualifica o outro, da cidade ou do bairro onde nasceu e até de quem são os membros da sua família”* (73).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou como o racismo é minimizado pela sociedade, seja por meio de descredibilização de seus impactos ou pela falta de ações diante do reconhecimento de sua maleficência. Nesse sentido, as profissionais até reconhecem a existência do racismo e afirmam acreditar que ele impacta negativamente na saúde das pessoas negras, mas não agem diante disso, justificando, contraditoriamente, que o atendimento e cuidado devem ser iguais para todas as pessoas. O que sustenta as repercussões do racismo na vida de pessoas negras ao adentrarem os serviços de saúde.

Desse modo, foi possível perceber como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é desconhecida e menosprezada pelas profissionais, que alegam saberem da sua existência, mas nunca buscaram lê-la. Assim, ficou evidente que a PNSIPN não tem conseguido alcançar seus outros impactos nos serviços de saúde, somente o preenchimento do quesito raça/cor, o qual é realizado, notoriamente, apenas pela obrigatoriedade, mas ainda não tem sua importância compreendida pelas profissionais. Nesse sentido, foi visível a ausência de responsabilização das entrevistadas por essa falta de contato com a política e com práticas antirracistas, bem como o descompromisso com a atualização profissional quanto a saúde da população negra.

Além disso, foi possível ratificar que a maior parte da população atendida no CAPS II é negra, demonstrando a influência do racismo no sofrimento psíquico de pessoas pretas e pardas. Sobre o perfil dos (as) usuários (as) do serviço, a maioria das profissionais acredita também que, em relação ao gênero, há um predomínio da população feminina no serviço em questão, requerendo um alerta para as intersecções sociais que permeiam as pessoas assistidas no CAPS em questão.

É preciso destacar, no entanto, que o trabalho contou com uma pequena amostra de profissionais de apenas um serviço da capital baiana, necessitando-se mais trabalhos com amostras maiores para validar ou retificar os dados obtidos. É importante levar em consideração também, a possibilidade das respostas das entrevistadas terem um certo viés por elas terem conhecimento da temática do trabalho, podendo inferir a percepção da pesquisa quanto a problemática do racismo e isso influenciar suas respostas.

## REFERÊNCIAS

1. Faustino DM. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 Dec;22(12):3831–40.
2. Saúde Mental IICN de T em. Manifesto de bauru (1987). *Revista InSURgência* 2018;3:537–41.  
<https://doi.org/10.26512/insurgncia.v3i2.19775>.
3. Brasil. Política Nacional de Saúde Mental. Brasília - Ministério da Saúde. 2001 abr. [Internet]. Disponível em: <https://hpm.org.br/wp-content/uploads/2014/09/lei-no-10.216-de-6-de-abril-de-2001.pdf>
4. Rocha R, Nunes M, Thereza M. Saúde mental e racismo a brasileira: narrativas de trabalhadoras e trabalhador da atenção psicossocial. Salvador: Editora Devires; 2021.
5. Passos RG. “Holocausto ou Navio Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira / Holocaust or “The Ship Negreiro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Argumentum* 2018;10:10–23. <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>.
6. Arbex D. Holocausto brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1st ed. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2019.
7. Tavares JSC, Filho CAAJ, Ferreira ES. Por Uma Política De Saúde Mental Da População Negra no Sus. *Revista Da ABPN* 2020;12:138–51. <https://doi.org/10.31418/2177-2770.2020.v12.c3.p138-151>.
8. Silva ML da, editora. I Seminário Saúde da População Negra. Racismo e os efeitos na saúde mental. São Paulo, 2004. [Internet]. Disponível em: [\[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec\\_saude\\_sp\\_saudepopnegra.pdf\]](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sec_saude_sp_saudepopnegra.pdf). Acesso em 20 set. 2021.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009. Acesso em 01/11/2021. [Internet]. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em 15 set. 2021
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N o 992, de 13 de maio de 2009. Acesso em 01/11/2021. Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em 15 set. 2021.
11. David E de C. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. *tede2pucspbr* [Internet]. 13 de março de 2018 [citado em 21 de abril de 2023]; Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/21029>
12. Brasil. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016 BRASÍLIA -DF 2018 Ministério da Saúde. Universidade de Brasília [Internet]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos\\_suicidio\\_adolescentes\\_negros\\_2012\\_2016.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf)

13. Lopes F. Saúde da População Negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade (Projeto 914BRA3002) Convênio Funasa/MS e Unesco. Experiências Desiguais Ao Nascer, Viver, Adoecer e Morrer: tópicos em saúde da população negra no brasil. 2004.
14. Brasil. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Ministério da Saúde. Brasília. Maio, 2016, 143 p.
15. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Editora Fiocruz; 2013.
16. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978
17. Cetolin SK. Representações Sociais da loucura: Um estudo com profissionais do Hospital de Custódio e Tratamento da Bahia – HCT/BA. 2011. 135 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. [Internet]. Disponível em: <[http://www.pospsi.ufba.br/Simone\\_Cetolin.pdf](http://www.pospsi.ufba.br/Simone_Cetolin.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2022.
18. Silveira F, Simanke RT. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. Fractal: Revista de Psicologia, v. 21, n. 1, p. 23–42, 2009.
19. Carone, Iray e Bento MA da S. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro; 2002
20. APA, American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Artmed Editora, v. 3, f. 496, 2013. 992p.
21. Rosa EZ. Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social. tede2pucspbr [Internet]. 30 de março de 2016 [citado em 21 de abril de 2023]; Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/18816>
22. Prestes CRS. Não sou eu do campo psi? Vozes de juliano moreira e outras figuras negras. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores Negras - ABPN. 30 de outubro de 2020;12(Edição Especial):52–77.
23. Novais M. História da Loucura e RP [Internet]. prezi. com. 2019 [citado em 21 de abril de 2023]. Disponível em: <https://prezi.com/p/03hdodrwnak/historia-da-loucura-e-rp>
24. Kinoshita RT. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. | Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Revista Brasileira de Saúde Mental. periódicosufscbr [Internet]. 5 de maio de 2021 [citado em 21 de abril de 2023];1(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68443>
25. Brasil. Plano Nacional de Saúde --PNS, 2012-2015. 1ª edição.

Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

26. Brasil. II Conferência Nacional de Saúde Mental-Relatório Final. 1994. [Internet]. Disponível em:  
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0208llcnsmr.pdf>
27. Brasil.Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Ministério da Saúde. Brasília, novembro de 2005.
28. Prazeres PS dos, Miranda PSC. Serviço substitutivo e hospitalar psiquiátrico: convivência e luta. Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 1º de junho de 2005 [citado em 12 de janeiro de 2023];25:198–211. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/SctYdkB5PPjk6GpTmH9HrjL/?lang=pt>
29. Brasil. Portaria 336 de 2002. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. [Internet]. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)
30. Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial [Internet]. CFP. 2013. Disponível em:  
<https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-no-caps-centro-de-atencao-psicossocial/>
31. Brasil.. Portaria n. 3588, de 21 de dezembro de 2017. Ministério da Saúde.
32. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial - CAPS [Internet]. Ministério da Saúde. Disponível em:  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>Acesso em: 25 abr. 2022.
33. Silva NG, Barros S, Azevedo FC de, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários do Centro de Atenção Psicossocial. Saúde e Sociedade. 2017 mar;26(1):100–14.
34. Gonçalves W, Coelho DC, Vieira AS, Silva PCD, Filipe ARTM, Shitsuka R. Danos causados pelo racismo por meio de termos linguísticos na saúde mental da população negra e a importância da psicologia preta para esse público: uma educação para as escolas. casoseconsultoria [Internet]. 13º de novembro de 2020 [citado 20º de abril de 2023];11(1):e11125. Disponível em:  
<https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/22407>
35. Carneiro S. Racismo, Sexismo e Desigualdade No Brasil. São Paulo: Summus Editorial Ltda; 2015 .
36. Munanga K. Uma Abordagem Conceitual Das Noções DeRaca,

- Racismo, Identidade E Etnia. 2003. Disponível em:  
<https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-noco-es-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>
37. Kilomba G. Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Cobogó; 2019.
  38. Congresso Nacional. Relatório N° 2, de 1993-CN: Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito criada através do Requerimento nº 796/91-CN, destinada a examinar a “incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil. Brasília, 1993.
  39. Ignácio MVM, Mattos RA de. O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. Saúde em Debate [Internet]. 2019;43(spe8):66–78. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43nspe8/0103-1104-sdeb-43-spe08-0066.pdf>
  40. Fanon F. Pele negra máscaras brancas. Salvador: Editora Da Universidade Federal da Bahia; 2008.
  41. Smolen J, Maria De Araújo E. REVISÃO REVIEW. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2017;22. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-4021.pdf>
  42. Tavares JSC, Kuratani SM de A. Manejo Clínico das Repercussões do Racismo entre Mulheres que se “Tornaram Negras.” Psicologia: Ciência e Profissão [Internet]. 2019 [citado em 14 de setembro de 2021];39. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/jpcp/a/PS556GX8mQ7CgwwzvVgYts/?lang=pt&format=pdf>
  43. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS N 10-Temático Saúde da População Negra VII [Internet]. 2016. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico\\_saude\\_populacao\\_negra\\_v.\\_7.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v._7.pdf)
  44. Matos CC de SA, Tourinho FSV. Saúde da População Negra: percepção de residentes e preceptores de Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2018;13(40):1–12.
  45. Passos RG, Pereira MO. Luta antimanicomial e feminismo: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Autografia; 2017.
  46. Do Nascimento A, Munanga K, Nascimento EL, Nascimento V. O quilombismo: documentos de uma militância pan-africanista. Rio de Janeiro, Brasil: Ipeafro ; São Paulo, SP, Brasil; 2019.
  47. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 1º de outubro de 2005 [citado em 27 de agosto de 2021];21:1595–601. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/L6KFGDJTszrYSPTdJRyJkXk/abstract/?lang=pt>

48. Batista LE, Monteiro RB, Medeiros RA. Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra. *Saúde em Debate*. 2013 dez;37(99):681–90.
49. Passos RG, Moreira TWF. Reforma Psiquiátrica brasileira e Questão Racial:: contribuições marxianas para a Luta Antimanicomial. *SER\_Social* [Internet]. 6º de fevereiro de 2018 [citado 20º de abril de 2023];19(41):336-54. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/14943](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14943)
50. Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes Ltda; 2011.
51. Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002.
52. Gomes R. *Pesquisa Qualitativa em Saúde* [Internet]. *edisciplinas.usp.br*. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5347930/mod\\_resource/content/1/Texto%20pesquisa%20qualitativa.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5347930/mod_resource/content/1/Texto%20pesquisa%20qualitativa.pdf)
53. Costa ES, Schucman LV. Identidades, Identificações e Classificações Raciais no Brasil: O Pardo e as Ações Afirmativas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* [Internet]. 30 de junho de 2022 [citado em 12 de setembro de 2022];22(2):466–84. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/68631>
54. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da distinção racial em relação ao gênero. *Revista Estudos Feministas*. 2002 janeiro;10(1):171–88.
55. ONU Notícias. Mulheres são maioria em saúde e cuidados, mas ganham 24% menos que homens | Notícias da ONU [Internet]. *news.un.org*. 2022 [citado em 21 de abril de 2023]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/07/1795492>
56. Passos RGP et al (Orgs.). *Racismo, Subjetividade e Saúde Mental: O pioneirismo negro*. [S.l.]: Hucitec, 2021. p. 165.
57. Brasil. LEI N o 12.288, DE 20 DE JULHO DE 2010. [Internet]. *Planalto.gov.br*. 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm)
58. Silva NV Uma nota sobre 'raça social' no Brasil. *Estudos Afro-Asiáticos*, n. 26, p. 67-80, 1994
59. Pereira AL, de Lacerda SSP. Letramento racial crítico: uma narrativa autobiográfica. *Trav*. [Internet]. 26º de dezembro de 2019 [citado 21º de abril de 2023];13(3):90-106. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/23612>
60. Salvador. *Plano Municipal de Saúde. 2018-2021. Vol. 1*. Salvador: SMS, 2018.l. 18 p. Disponível em: [www.saude.salvador.ba.gov.br](http://www.saude.salvador.ba.gov.br). Acesso em: abril de 2023 .
61. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. OMS

- destaca necessidade urgente de transformar saúde mental atenção - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [www.paho.org](http://www.paho.org). 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>
62. Observatório Baiano Sobre Substâncias Psicoativas. PORTARIA GM/MS N o 2.434, DE 15 DE AGOSTO DE 2018 | CETAD Observa [Internet]. [cetadobserva.ufba.br](http://cetadobserva.ufba.br). 2018 [citado em 21 de abril de 2023]. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/pt-br/legislacoes/portaria-gmms-no-2434-de-15-de-agosto-de-2018>
  63. Brasil. PORTARIA GM/MS Nº 596 , DE 22 DE MARÇO DE 2022 [Internet]. [bvsms.saude.gov.br](http://bvsms.saude.gov.br). Ministério da Saúde; 2022 [citado em 21 de abril de 2023]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596\\_23\\_03\\_2022.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0596_23_03_2022.html)
  64. Instituto AMMA Psique e Negritude. Identificação e abordagem do racismo institucional. 2009.
  65. Vainer L. Entre o Encardido, o Branco e o Branquíssimo Branquitude, Hierarquia e Poder Na Cidade de São Paulo . São Paulo: Veneta, 2016.
  66. Silva HBE Beneficência e paternalismo médico. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 10, n. suppl 2, p. s419–s425, dez. 2010.
  67. Ferreira CAA. Racismo: Uma Questão de Saúde Pública e de Gestão na Perspectiva de Gênero. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 7, n. 2, p. 143–156, 1 ago. 2018.
  68. Massaro ACP, Silva JB. A DESIGUALDADE ÉTNICO-RACIAL NO ACESSO À SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER NO BRASIL. RJLB - REVISTA JURÍDICA LUSO-BRASILEIRA , v. 4, p. 217-234, 2020.
  69. Borret RH, Silva MF da, Jatobá LR, Vieira RC, Oliveira DOPS de. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2020;15(42):2255.
  70. Junior EBN. NASCIMENTO, COR E RAÇA. 2020;21(1):1–9
  71. Barbosa IR, Aiquoc KM, Souza TA de . Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil [Internet]. [repositorio.ufrn.br](http://repositorio.ufrn.br). EDUFRN; 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/44949>
  72. Mbembe JA, Archambault EF. Necropolítica ; seguido de “Sobre el gobierno privado indireto.” Barcelona: Melusina, DL; 2011.
  73. Portal Geledes. As não Brancas- Identidade Racial e Colorismo no Brasil. Disponível em: <[https://www.geledes.org.br/as-nao-brancas-identidade-racial-e-colorismo-no-brasil/?gclid=Cj0KCQjwk7ugBhDIARIsAGuvGpBp-QYku7gQjiNurzAS6BWkcm3fFkeguKeE\\_Gfr3TSvkZaf5wwt1NgaAvmOEALw\\_wcB](https://www.geledes.org.br/as-nao-brancas-identidade-racial-e-colorismo-no-brasil/?gclid=Cj0KCQjwk7ugBhDIARIsAGuvGpBp-QYku7gQjiNurzAS6BWkcm3fFkeguKeE_Gfr3TSvkZaf5wwt1NgaAvmOEALw_wcB)>. Acesso em: 5 abr. 2023.
  74. Guimarães ASA. Combatendo o racismo: Brasil, África do Sul e Estados Unidos. Rev Bras Ciências Sociais. 1999;14(39):103–15.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### Questionário semiestruturado

Perfil profissional:

- Qual sua raça/cor (branca, parda, preta, amarela, indígena)?
- Qual gênero (homem cis, homem trans, mulher cis, mulher trans, travesti, pessoa não binária, outro) você se identifica?
- Qual a sua orientação sexual (heterossexual, homossexual, bissexual, pansexual, assexual, outro)?
- Qual sua idade (anos)?
- Qual sua formação? E qual sua especialização?
- Há quanto tempo você atua nesse serviço?

Conhecimento sobre as temáticas da pesquisa:

Agora, direcionaremos as perguntas para as questões de racismo, saúde mental e suas práticas no CAPS II.

- Como você chegou ao serviço de saúde mental?
- Como você compreende a reforma psiquiátrica?
- Você ouviu falar de Franco Basaglia nesse processo? E de Franz Fanon? E de Juliano Moreira?
- Você já teve contato com o Manifesto de Bauru?
- Qual sua compreensão sobre o racismo (estrutural/institucional)?
- Você acha que o racismo impacta na saúde mental das pessoas negras? De qual forma?
- Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra? Se sim, o que você sabe sobre ela?
- Qual a sua opinião sobre a publicação dessa política?

- Você percebe os efeitos dela nos serviços de saúde?
  - Você costuma preencher o quesito raça/cor nos prontuários de atendimento? O que você acha sobre esse preenchimento?
- Você tem ações com os pacientes sobre influência dessa política? Quais?
  - Você acha que os (as) profissionais agem com base nessa política? Se sim, como?
- Vocês, profissionais daqui do serviço, já conversaram sobre racismo?
  - Você, enquanto profissional da saúde, já teve alguma capacitação sobre racismo ofertada pela gestão?
- Qual o perfil dos usuários do serviço (sexo, raça/cor, idade)?

## APÊNDICE B



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“Saúde Mental da População Negra: Práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de um CAPS II em Salvador.”**. O estudo será realizado através de uma entrevista semiestruturada gravada sob responsabilidade de Ana Beatriz Paim Bispo, estudante de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), sob a orientação da Professora Patrícia Gabriele Chaves dos Santos, docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Nesta pesquisa, pretendemos analisar as práticas desenvolvidas pelos (as) profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II em prol da saúde mental de pessoas negras no município de Salvador-BA. Para isso, as perguntas da entrevista buscarão analisar as experiências do(a) profissional no campo da saúde mental, sua compreensão sobre o racismo e o impacto deste na saúde dos usuários, além de entender as práticas de cuidado adotadas em seu cotidiano, perguntando, por exemplo, como se deu sua trajetória no campo da saúde mental, os desafios em trabalhar nos CAPS II, as estratégias de cuidado, assim como sua percepção sobre o racismo.

O encontro será realizado presencialmente no CAPS II que o(a) Sr(a) atua, em horário previamente combinado. Após a coleta dos dados, realizaremos uma transcrição da entrevista, que estará gravada, seguida de uma análise das respostas. Com base nos resultados obtidos pela sua participação voluntária, poderemos expor práticas de saúde que vem apresentando resultados positivos para a população negra, possibilitando o reconhecimento e replicação dessas práticas.

Durante todo o período do estudo, o(a) Sr(a) tem o direito de sanar quaisquer dúvidas ou solicitar qualquer outro esclarecimento, basta entrar em contato com as pesquisadoras, através dos contatos telefônicos e endereço abaixo informados. Além disso, o(a) Sr(a) tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento.

Garantimos ao(à) Sr(a), o ressarcimento de possíveis despesas devidas sua participação na pesquisa através das pesquisadoras (assistente e principal) desta pesquisa, ainda que não previstas inicialmente. Além do mais, o(a) Sr(a) poderá também solicitar indenização caso haja algum dano comprovadamente causado pela pesquisa.

Rubricas \_\_\_\_\_(Participante)

\_\_\_\_\_ (Pesquisadora)

Os dados colhidos são confidenciais, atendendo a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados serão analisados e poderão ser publicados como artigo e/ou resumo científicos. Nada que o(a) identifique aparecerá nas publicações, não havendo prejuízo à tua imagem e confidencialidade.

Por fim, é essencial esclarecer que sempre há riscos envolvidos em toda e qualquer pesquisa com pessoas. Nesse estudo, pode ocorrer vazamento das informações que serão catalogadas e identificação do profissional, constrangimento ou desconforto. Para diminuir o risco de vazamento de dados e identificação do profissional, garantiremos o arquivamento dos documentos num computador pessoal, o qual será protegido por senha e apenas a orientadora e a orientanda da pesquisa terão acesso aos dados compilados. Os dados serão armazenados por um período de 5 anos após coletados e deletados definitivamente após o prazo definido. Para reduzir a possibilidade de constrangimento ou desconforto durante o processo de coleta, iremos deixar o entrevistado à vontade para responder da forma que achar melhor, sem pressioná-lo, deixando-o o mais confortável possível durante a entrevista. Mesmo assim, caso haja constrangimento ou

desconforto, o (a) profissional entrevistado (a) poderá finalizar a entrevista e os dados coletados até o momento poderão ser descartados e não utilizados na pesquisa.

Suas dúvidas e esclarecimentos quanto a qualquer aspecto deste estudo poderão ser solicitados em qualquer momento (antes, durante e após o estudo), através dos seguintes contatos:

Pesquisadora Assistente: Ana Beatriz Paim Bispo; 75 991928173; [anabeatrizbispo19.2@bahiana.edu.br](mailto:anabeatrizbispo19.2@bahiana.edu.br)

Pesquisadora Principal (orientadora): Patrícia Gabriele Chaves dos Santos; 71 99189-0553; [patriciachaves@bahiana.edu.br](mailto:patriciachaves@bahiana.edu.br)

Caso haja dúvidas não esclarecidas pelas pesquisadoras ou denúncia, contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 274 – Brotas – CEP: 40.285-001 – Salvador, Bahia. Tel.:(71)2101-1921, E-mail: [cep@bahiana.edu.br](mailto:cep@bahiana.edu.br).

#### CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_

,  
fui informado(a) dos objetivos e da justificativa da pesquisa de forma clara e detalhada. Também fui garantido pelo pesquisador sigilo que assegure a privacidade dos dados obtidos na pesquisa. Li e compreendi os objetivos do estudo, todos os procedimentos que serão realizados, e em caso de qualquer dúvida, poderei entrar em contato com a equipe do estudo. Fui informado(a) que receberei uma via desse documento.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

---

Nome da pesquisadora principal responsável

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura da pesquisadora assistente

Data

## ANEXOS

### ANEXO A

#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO NEGRA: PRÁTICAS DE CUIDADO DESENVOLVIDAS POR PROFISSIONAIS DE UM CAPS II EM SALVADOR

**Pesquisador:** PATRICIA GABRIELE CHAVES DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 60497222.1.0000.5544

**Instituição Proponente:** Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.678.104

##### Apresentação do Projeto:

Tendo em vista o racismo como gerador de sofrimento psíquico e adoecimento, a Reforma Psiquiátrica brasileira se comprometeu em tentar atenuar esses efeitos. Considerou o manicômio uma expressão de mecanismos de opressão social como o racismo (2). ... uma vez que, esses dispositivos foram intensamente usados como forma de controle dos corpos negros e embranquecimento da sociedade. Além disso, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), ratificou o racismo como determinante social da saúde e propôs estratégias para lidar com esse problema ... O 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. ... no contexto de desinstitucionalização, é conveniente analisar com quais práticas de cuidado os (as) profissionais desse serviço estão se movimentando para assegurar a execução dos objetivos da PNSIPN na rede de cuidados em saúde mental.

##### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Compreender como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra está sendo aplicada pelos(as) profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II.

**Endereço:** AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
**Bairro:** BROTAS **CEP:** 40.285-001  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)2101-1921 **E-mail:** cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.678.104

**Objetivo Secundário:** Caracterizar o perfil raça/cor dos(as) usuários(as) de um Centro de Atenção Psicossocial II; Analisar o conhecimento dos(as) profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Identificar práticas desenvolvidas pelos(as) profissionais do Centro de Atenção Psicossocial II que considerem o racismo como estruturante do sofrimento psíquico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Ao considerar uma pesquisa que envolve pessoas, é necessário esclarecer que sempre poderá ocorrer riscos para os participantes. Para diminuir o risco de vazamento de dados e identificação do profissional, garantiremos o arquivamento dos documentos num computador pessoal, o qual será protegido por senha e apenas as pesquisadoras terão acesso aos dados compilados. As pesquisadoras deixarão todos (as) participantes a vontade para responderem apenas o que e como se sentirem confortáveis, e estarão preparadas para acolher os

desconfortos que possam ocorrer, interromperão e excluirão a entrevista caso seja o desejo de algum (a) entrevistado (a) e não farão nenhuma menção que identifique os(as) entrevistados (as) ao longo do trabalho. Além disso, os dados terão caráter confidencial, eles serão armazenados nos computadores e celulares das pesquisadoras, os quais serão protegidos por senha, serão excluídos após um período de 5 anos e sua utilização será restrita aos fins acadêmicos e científicos.

**Benefícios:** Aprimorar os estudos em saúde mental e racismo, beneficiando a academia e os serviços de saúde a partir desses dados a partir da reflexão e da proposição de estratégias de cuidado.

comentário ético: pesquisa apontou riscos principais e os meios de saná-los, assim como apontou benefícios indiretos da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Metodologia da pesquisa:

1. Tipo de estudo, local do estudo e população alvo do estudo - Esse trabalho trata-se de um estudo qualitativo transversal que visa analisar as práticas de cuidado em saúde mental para pessoas negras desenvolvidas pelos (as) profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, principal serviço substitutivo da saúde mental, em Salvador.
2. Período do estudo - 03/07/2022 a 20/04/2023
3. Data prevista para início do coleta dos dados - 18/10/2022

<b>Endereço:</b> AVENIDA DOM JOÃO VI, 274	<b>CEP:</b> 40.285-001
<b>Bairro:</b> BROTAS	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)2101-1921	<b>E-mail:</b> cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.678.104

4. Tamanho amostral do estudo - 7 participantes.

5. Tipos de dados - primários.

6. Coleta de dados - A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas, utilizando um questionário semiestruturado de autoria própria. Todos (as) os (as) profissionais do serviço que atenderem ao critério de inclusão e não se encaixarem no de exclusão serão convidados (as) a participar das entrevistas. O recrutamento dos (as) participantes se dará da seguinte forma: por meio de ofício timbrado da Instituição de Ensino, solicitaremos a autorização à Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou seja, o Termo de Anuência Institucional (TAI) para a coleta de dados da pesquisa. Após análise do projeto e emissão do parecer de aprovação, submeteremos ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) o termo de anuência. Com a aprovação do CEP, será enviado um e-mail à SMS evidenciando sua aprovação. Esperaremos, então, o ofício emitido pela CGPS informando ao Distrito Sanitário a autorização para a realização da pesquisa na rede da SMS. Em seguida, iremos na unidade de saúde, nos apresentaremos para a gerente e mostraremos o ofício, ela vai, então, nos apresentar aos (às) profissionais da unidade e iremos convidá-los (as) para a pesquisa pactuando um dia para voltarmos à unidade para realização da entrevista, deixando a critério dos (as) profissionais se querem participar e, se sim, agendar com cada profissional. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevistas, utilizando um questionário semiestruturado de autoria própria, que serão realizadas com os (as) profissionais do Centro de Atenção Psicossocial II. Após autorização Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a realização desta pesquisa e da aprovação no CEP, o Centro de Atenção Psicossocial II, receberá um ofício autorizando a coleta de dados, aos (às) profissionais serão informados sobre a pesquisa e os (as) que aceitarem participar da entrevista deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A partir disso, as entrevistas serão marcadas de acordo à disponibilidade das pesquisadoras e dos (as) profissionais de modo que não atrapalhem a dinâmica de funcionamento do serviço. Elas acontecerão em uma sala privada no próprio CAPS II, será conduzida pelas pesquisadoras a partir de roteiro previamente elaborado, serão gravadas mediante consentimento dos (as) entrevistados (as) e armazenadas no computador das pesquisadoras por 5 anos.

Critérios de inclusão - Dentre os critérios de inclusão, os (as) profissionais devem ofertar práticas de cuidado aos usuários e atuar no Centro de Atenção Psicossocial II há pelo menos 6 meses.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 5.678.104

**Crítérios de exclusão** - Como critério de exclusão, serão excluídos do estudo os (as) profissionais que atuam no serviço há menos de 6 meses ou tiverem se afastado do serviço nos últimos 6 meses.

**9 - Tipo de análise dos dados** - Após a realização das entrevistas, elas serão integralmente transcritas e armazenadas para posterior leitura e análise. Os dados serão ordenados, classificados e, a seguir, trabalhados por meio da análise do conteúdo: categorização, inferência, descrição e interpretação.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: anexada, com data de 11/06/2022 e assinatura digital do prof. Atson Carlos de Souza Fernandes

Cronograma: anexado, constando todas as etapas das pesquisas.

Orçamento: Apresentado, com valor total de R\$ 418,00. Financiamento Próprio.

TCLE: anexado, sem necessidade de ajustes

Carta de anuência: Anexada, assinada em 01/07/2022, por Melicia Silva Reis Goes, Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após reanálise bioética embasada na resolução 466/12 do CNS e documentos afins, observou-se que as pendências deste protocolo de pesquisa foram sanadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o CEP-Bahiana, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação deste protocolo de pesquisa dentro dos objetivos e metodologia proposta.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1961388.pdf	14/09/2022 16:52:25		Aceito

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 274  
 Bairro: BROTAS CEP: 40.285-001  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)2101-1921 E-mail: cep@bahiana.edu.br