PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Emiliano de Camargo David

Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

SÃO PAULO
2018

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM PSICOLOGIA SOCIAL

Emiliano de Camargo David

Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil

MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Social, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin.

SÃO PAULO
2018

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

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos usuários do SUS, mais especificamente àqueles dos CAPS (crianças, adolescentes, adultos, idosos, bebês), que me abriram suas palavras, sorrisos, confiança, casas, lágrimas, sonhos, abraços, arranhões, fantasias, crenças, territórios, gritos, pulos, balbucios, brincadeiras, intimidades, aflições, alegrias, entre outras possibilidades de troca humana, tão presentes nas práticas de cuidado em saúde mental no âmbito público.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio à realização desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À ancestralidade negra, que transmitiu a resistência e o rebelar-se.

Ao meu pai, Evaldo, e à minha mãe, Celinha, pela luta diuturna em oferecer aos filhos aquilo que entendiam como correto e potente, por encorajar-me a não desistir. Valeu a pena!

À Fernanda – magra –, irmã no sentido mais amplo do termo, por dividir os momentos fundamentais e formadores de um sujeito.

À Rosana – meu amor –, pela companhia aliançada, por ensinar que não há limites para os sonhos. Agradeço seu apoio, compreensão, acolhimento, leituras, dicas, paciência, vibração e incentivo. Te amo!

Às avós, avôs, tias(os), primas(os), cunhado, afilhada e afilhado, que me fizeram (e fazem) sorrir.

À Cris Vicentin, pelos ricos ensinamentos, pelo modo cuidadoso e atencioso de orientar. Muito obrigado!

Aos trabalhadores do SUS, que me ensinaram a compor.

Aos companheiros de NUPLIC – Núcleo de Pesquisas em Lógicas Institucionais e Coletivas, espaço de trocas e de apoio.

À Maria Inês da Silva Barbosa, Elisa Zaneratto Rosa e Luís Eduardo Batista, pelas leituras atentas e criteriosas, acompanhadas de incentivo a continuar.

À Rosa Maria, pela escuta analítica e ressignificadora.

À Lidiane Ap. de Araujo e Silva (Lidi), por me ajudar a perceber que não produzimos sozinhos, pelas parcerias de escrita e, acima de tudo, pela amizade.

A todos(as) os(as) que estiveram mais próximos deste trabalho, entre eles(elas), Rosana (Rô), Climene Camargo (tia), Marcio Farias, Clélia Prestes, Lia V. Schucman, Deivison Faustino, Luiza Moreira, Deia Barros, Valdir Pierot, Rafa Domenes, Eliana Pereira Silva.

Aos que ajudaram indiretamente: Caroline Lucas, Juliana Araujo, Claudia Trigo, Maria Lúcia da Silva (Lucinha), Jussara Dias, Maria Cristina Francisco, Isildinha B. Nogueira, Juliana Pacheco, Dani Carvalho, Walter Bahia, Patrícia Rocha, Nathalia Oliveira, Flávia N. Verissimo, Glaucia Segalla, Daila Del Guercio, Ymei Trench, Regina Pereira da Silva, Chintia V. Boas, Célia Zenaide, Jonathas Salathiel (*in memoriam*).

Aos CAPS onde trabalhei, especialmente ao CAPSij que me abriu as portas para a realização desta pesquisa.

RESUMO

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

Este trabalho parte do pressuposto que o racismo, enquanto relação de poder e sustentação de privilégios, produz subjetividades, podendo gerar sofrimento psíquico, afetando (inclusive) crianças e adolescentes negros e seus territórios. O objetivo desta pesquisa foi discutir as relações entre atenção psicossocial e racismo na perspectiva dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil (CAPSij). Para tanto, foi privilegiada uma perspectiva institucional de análise, a que pensa o *racismo como instituição*, como lógica de produção e reprodução das relações sociais. Para o alcance dos objetivos, foi realizada revisão de literatura sobre psicologia e relações raciais, com destaque para a relação entre loucura e população negra e a relação entre racismo e iniquidades em saúde, bem como um estudo empírico em um CAPSij. O estudo teve como procedimentos: observação participante; leitura dos prontuários; participação em reuniões e entrevistas com a equipe, com a intenção de: caracterização dos possíveis sofrimentos psíquicos relacionados ao racismo; utilização do quesito cor/raça no planejamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos(as) usuários(as) atendidos(as); e identificação das intervenções psicossociais de enfrentamento do racismo. O material colhido foi organizado em dois eixos temáticos: o primeiro, com base na apresentação de dois casos trazidos pelos profissionais, aborda o modo como a equipe pensa as relações entre sofrimento psíquico e racismo, e como desenha sua intervenção; o segundo aborda dimensões da organização do serviço e da esfera político-institucional. As intervenções e os projetos terapêuticos em andamento no CAPSij sugerem que a dimensão ético-política da luta antimanicomial já acolhe os efeitos do racismo na medida dos seus compromissos com as práticas de liberdade e da recusa dos processos de exclusão e de violência. No entanto, sugerem também que a tomada dos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial, o que se chamou de uma aquilombação dos CAPS, pode ampliar a potência de um agir em saúde que contribua para a promoção da equidade racial e para a desinstitucionalização do racismo.

Palavras-chaves: racismo, saúde mental, Sistema Único de Saúde, reforma psiquiátrica; saúde da população negra.

ABSTRACT

DAVID, Emiliano de Camargo. Mental health and racism: the performance of a juvenile Psychosocial Centre Care II. Dissertation (Masters degree in Social Psychology) - Post-Graduation Studies Programme in Social Psychology, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2018.

This paper considers the assumption that racism, in relation to power and the attempt to keep privileges, produces subjectivities and might generate psychic suffering, affecting (also) black children and teenagers and their territories. The aim of this research was to discuss the relationship between psychosocial care and racism through the perspective of those who work at a juvenile Psychosocial Care Centre II (CAPSij). In order to do that, an institutional perspective of analysis was favoured, one that sees *racism as an institution*, as a logic of production and reproduction of social interactions. To achieve the objectives, a review of the literature about psychology and racial interactions was carried out, highlighting the relationship between insanity and the black population, as well as the relationship between racism and health care inequities and the empiric study in a CAPSij. The study used the following procedures: participant observation; reading of medical records; partaking in meetings and staff interviews, with the intention of: characterizing possible psychic sufferings related to racism; using colour/race as an item in the planning of Singular* Therapeutic Projects (STP) for users under care; psychosocial interventions to fight racism. The material collected was organized into two thematic axes: the first, based in two cases brought by professionals, discusses how the team think the relationship between psychic suffering and racism and how they develop their intervention; the second approaches the dimensions of the service organization and of the political-institutional sphere. The ongoing interventions and therapeutic projects at the CAPSij suggest that the ethical-political dimension of the anti-asylum fight already takes into consideration the effects of racism within their commitment with the freedom practices and refusal of exclusion and violence processes. However, they also suggest that seeing the effects of racism as an anti-asylum issue, which is being called a CAPS assembly, might augment the power of actions in health care that contributes to the promotion of racial equity and to the deinstitutionalisation of racism.

Keywords: racism, mental health, Unified Health System, psychiatric reform; black population’s health.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS....10

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.... 12

INTRODUÇÃO....14

CAPÍTULO 1. RAÇA E RACISMO: ASPECTOS HISTÓRICO-CONCEITUAIS 24

1.1. Racismo científico 25

1.2. Raça como categoria social 30

1.3. Racismo como relação de poder 34

1.4. Racismo institucional....40

CAPÍTULO 2. RACISMO E PRODUÇÃO DE INIQUIDADES EM SAÚDE/SAÚDE MENTAL 44

2.1. População negra e manicomialização 45

2.2. SUS e combate às iniquidades na saúde: o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e do quesito raça/cor....61

CAPÍTULO 3. PERCURSO DA PESQUISA EM UM CAPSij 79

3.1. Quando equipe e territórios ganham cor: análises iniciais....94

CAPÍTULO 4. PRÁTICAS ANTIMANICOMINAIS DE SAÚDE MENTAL EM UM CAPSij: UMA PERSPECTIVA ANTIRRACISTA....101

4.1. Desconstruindo a"negra maluca"e o "crioulo doido" 105

4.2. O aquilombar-se na esfera político-institucional: desafios e paradoxos....123

CONSIDERAÇÕES FINAIS....145

ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO....148

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS....151

LISTA DE ABREVIATURAS

ATA – Auxiliar Técnica-Administrativa

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSij – Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CCA – Centro para Crianças e Adolescentes

CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CRE – Comission for Racial Equality

CRI – Articulação para o Combate do Racismo Institucional

CRP-SP – Conselho Regional de Psicologia de São Paulo

CT – Conselho Tutelar

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DFID – Department for International Development

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

HNA – Hospital Nacional de Alienados

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDSUS – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

LPHM – Liga Paulista de Higiene Mental

MNU – Movimento Negro Unificado

MS – Ministério da Saúde

MSE – Medida Socioeducativa

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PCRI – Programa de Combate ao Racismo Institucional

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PTI – Projeto Terapêutico Institucional

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RI – Racismo Institucional

SAICA – Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

SEPPIR – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO 2

Quadro 1 – Quadro estatístico dos doentes internados no pavilhão de observação do Hospital Nacional de Alienados (1894-1903).....47

Figura 1 – Pavilhão Afonso Pena. Hospício de Barbacena 50

Figura 2 – Negros nos leitos do Hospital Colônia 51

Figura 3 – Homem negro nu, tendo seu cabelo raspado 52

Figura 4 – Homens negros cozinhando no Hospital Psiquiátrico Colônia 53

Figura 5 – Pátio do Hospício de Barbacena 54

Figura 6 – Homens negros em maioria, vestindo trapos 54

Figura 7 – Muitos negros nus no pátio do manicômio.....55

Figura 8 – Negro trancado/preso nas acomodações/celas do Hospital Psiquiátrico Colônia..56

Gráfico 1 – Comparação entre as taxas de internação (por 10.000 habitantes) e de mortalidade (por 100.000 habitantes) por transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de álcool segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.....59

Gráfico 2 – Comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por transtornos em razão do uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.....60

Figura 9 – Concentração da população no território da cidade de São Paulo de acordo com a categoria racial em 2010.....69

Figura 10 – IDH da cidade de São Paulo.....70

CAPÍTULO 3

Figura 1 – Bonecas *abayomi* nas paredes do CAPSij.....87

Figura 2 – Menino negro.....90

Tabela 1 – Atendimento por raça/cor de janeiro a junho do ano de 2017 no CAPSij pesquisado.....91

Tabela 2 – Atendimento por raça/cor de julho a dezembro do ano de 2017 no CAPSij pesquisado.....91

Figura 3 – Michonne, personagem do seriado *The walking dead*.....93

Quadro 1 – Profissionais do CAPSij pesquisado, segundo raça/cor.....96

Figura 4 – Perfil social, racial e de gênero nas empresas em 2016, de acordo com o IBGE...98

CAPÍTULO 4

Figura 1 – Nicki Minaj.....116

Figura 2 – Temas escolhidos pelos adolescentes do CAPSij pesquisado.....133

Figura 3 – Pichação racista na EMEI Guia Lopes, localizada no bairro do Limão.....140

Figura 4 – Grafite do muro de entrada da EMEI Nelson Mandela.....141

INTRODUÇÃO

Em abril de 2014, para o evento chamado Semana Nacional de Humanização, que visava a mobilização em diversas cidades brasileiras do debate sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), elaboramos o texto *Coletivizando singularidades ou singularizando coletivos? O cuidado em saúde mental com a população negra* (DAVID; SILVA, 2014). No texto afirmávamos que, nos equipamentos de saúde mental do Brasil, não é costumeira a discussão da temática étnico-racial, permanecendo a discussão sobre saúde mental da população negra desconhecida ou em segundo plano. Dito de outro modo, configura-se como uma *variável* "*sombra*", na acepção que lhe dá Saraceno (1994), isto é, aquela que é "considerada 'irrelevante' no que diz respeito à evolução da enfermidade e à estratégia de intervenção" (SARACENO, 1994, p.22).

Apontávamos também nesse mesmo texto[1] que, além do insuficiente cuidado com a saúde mental da população negra, existe uma escassez de estudos/pesquisas sobre o tema loucura e saúde da população negra: "compreende-se a necessidade de maior produção científica que trate do racismo e da discriminação racial (...) em relação aos efeitos na saúde mental da população negra, a qual sofre com as mazelas das práticas racistas nos diferentes espaços da sociedade" (SCHOLZ; SILVEIRA; SILVEIRA, 2014, p. 73).

É verdade que o debate sobre a saúde da população negra aos poucos tem crescido. Em 2015, o Ministério da Saúde publicou a *Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde*. A novidade da agenda é o apontamento da "magnitude e dinâmica dos problemas relacionados à saúde da população negra" (BRASIL, 2015a, p.15). As prioridades de pesquisa foram divididas por itens e subitens diversos, sendo seis deles diretamente relacionados à saúde da população negra:

> 4.1.1 Estudo da questão racial no Brasil, seus impactos nas relações sociais e implicações sobre o processo saúde-doença da população negra.
> 4.1.2 Situação de saúde das populações negras vivendo em remanescentes dos antigos quilombos (quilombolas).
> 4.1.3 Desenvolvimento de sistema de indicadores de saúde da população negra.
> 4.1.4 Estudos multidisciplinares sobre doença falciforme.
> 4.1.5 Doenças, agravos e condições da população negra.
> 4.1.6 Pesquisas qualitativas e quantitativas sobre medicina popular de matriz africana e contribuição das manifestações afro-brasileiras na promoção da saúde. (BRASIL, 2015a, p. 15)

[1]Como esse trabalho foi central para a formulação deste projeto de pesquisa, ele será retomado em diferentes momentos desta introdução.

Ainda dentro do conteúdo da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, chama-se a atenção para o modo como são apresentados os subitens do item 4.1.5.4, "Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS"; 4.1.5.5, "Gravidez e obesidade na adolescência", e 4.1.5.6, "Transtornos mentais". Pode-se dar a entender que tais agravos são condições da população negra ou que a população negra está condicionada a essas realidades, enquanto essas doenças e sofrimentos, muitas vezes, são agravados, quando não produzidos, pelas desvantagens sociais e econômicas que a população negra vivencia (DAVID; SILVA, 2014).

Pinto e Souzas (2002), assim como Soares Filho (2012), postulam que a identificação racial é um item necessário e indispensável nos serviços de saúde, não apenas por facilitar o diagnóstico e a prevenção de doenças atualmente consideradas étnicas,[2] mas, sobretudo, pela possibilidade de saber do que adoece e do que morre a população negra no Brasil.

Guimarães e Podkameni (2012) apontam que os equipamentos de saúde pública do Brasil nem sempre percebem a presença majoritária da população negra em seus cadastros, distanciando-se da compreensão das demandas de saúde com peculiaridades raciais. Para esses autores, é necessário validar essas especificidades que raça (por vezes) confere. Smolen e Araújo (2017) descrevem, por exemplo, que, no Brasil, não existem dados precisos sobre a prevalência dos transtornos mentais na população negra, o que se deve a diferentes fatores, entre eles, a falta de padronização e a ausência nos registros, por parte dos profissionais da saúde, do quesito cor[3] na ficha dos usuários dos serviços.

Já Monteiro (2012) sinaliza que, para perceber o descuido com a coleta, a discussão e a análise do quesito supracitado nos equipamentos de saúde, é preciso não apenas estar consciente da existência do racismo, mas estar sensível, disponível e capacitado tecnicamente para o reconhecimento das diversas formas pelas quais ele se apresenta, assim como para intervir nos possíveis efeitos/sintomas psicossociais que pode causar.

---

[2]Além dos estudos multidisciplinares sobre doença falciforme, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde destaca as seguintes doenças, agravos e condições da população negra: hemoglobinopatias, hipertensão, diabetes *mellitus* e seus agravos; deficiência de glicose 6 fosfato desidrogenase e outras condições genéticas; infecção por HTLV-I; doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids; gravidez e obesidade na adolescência; transtornos mentais (BRASIL, 2015a).

[3]A classificação de "cor ou raça" empregada nas pesquisas do IBGE não é simplesmente uma invenção que saiu de algum gabinete desse órgão. Ela e suas categorias têm uma história que reflete, em grande grau, a própria história das relações raciais brasileiras nos últimos dois séculos. Além disso, a classificação encontrou posteriormente um sólido respaldo teórico nas reflexões de Oracy Nogueira acerca da singularidade do racismo no Brasil e dos mecanismos pelos quais se efetivam as discriminações (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria nº992, de 13 de maio de 2009, no SUS, na esteira desse debate, é o documento que mais interessou especificamente nesta pesquisa, na medida em que propõe assegurar equidade[4] racial e étnica em saúde junto às três esferas de governo, que se refere à prioridade na oferta de ações e de serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e/ou morrer em decorrência de alguns fatores de vulnerabilidade relacionados à raça e à etnia (BRASIL, 2017).

Do mesmo modo, a atual Política Nacional de Saúde Mental no Brasil, instituída em 2001, que adota como diretriz a atenção de base territorial e comunitária, busca alicerce nos princípios de acesso universal, respeitando as diferenças de cada sujeito e território, olhando para ambos em sua totalidade e complexidade (BRASIL, 2002). Neste e em outros aspectos a PNSIPN e a Política Nacional de Saúde Mental se aproximam: ambas buscam equidade na valorização das diferenças, avalizando que o cuidado em saúde se dá no dever de atender igualmente o direito de cada um na sua especificidade.

Ainda no âmbito do texto já referido (DAVID; SILVA, 2014), afirmávamos algumas posições que são retomadas aqui porque constituem pressupostos ou pistas que orientaram esta pesquisa. A primeira delas considera que atentar-se aos cuidados de "pessoas, espaços públicos, famílias, escolas, equipamentos e serviços públicos, entre outros, com o intuito de desnaturalizar o preconceito e gerar identificação negra positiva, são ações de prevenção e promoção de saúde que podem transformar os territórios qualitativamente" (DAVID; SILVA, 2014, p.3).

A segunda é que, "não está se afirmando que há um modelo específico de cuidado em saúde mental para a população negra, assim como não se considera que o efeito da violência racista sempre promoverá doenças" (p.3). Conforme apontado no documento *Relações raciais – referências técnicas para a atuação de psicólogas(os),*"a forma como um sujeito lida com os efeitos da violência racista não é estanque nem irreversível" (CFP, 2017, p.61). As decorrências são singulares e podem, surpreendentemente, para alguns sujeitos, suscitar movimentos positivos (David e Silva, 2014). Frantz Fanon, em trecho do livro *Pele negras e*

[4]"*Equidade*, no vocabulário do SUS, diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade; está relacionada à ideia de justiça social, às condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhe são garantidos. Para que se possa exercer a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso à informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário da equidade é a iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade" (BRASIL, 2006, p. 12).

máscaras brancas (2008) ajuda a entender esses movimentos subjetivos e singulares, ao narrar a recusa da posição subjetiva direcionada a ele (negro),

> desorientado, incapaz de estar no espaço aberto com o outro, com o branco que impiedosamente me aprisionava, eu me distanciei para longe, para muito longe do meu estar-aqui, constituindo-me como objeto. O que é que isso significava para mim, senão um desalojamento, uma extirpação, uma hemorragia que coagulava sangue negro sobre todo meu corpo? No entanto, eu não queria esta reconsideração, esta esquematização. Queria simplesmente ser um homem entre outros homens. Gostaria de ter chegado puro e jovem em um mundo nosso, ajudando a edificá-lo conjuntamente.
>
> Mas rejeitava qualquer infecção afetiva. Queria ser homem, nada mais do que um homem. Alguns me associavam aos meus ancestrais escravizados, linchados: decidi assumir. Foi através do plano universal do intelecto que compreendi o parentesco interno – eu era neto de escravos do mesmo modo que o Presidente Lebrun o era de camponeses explorados e oprimidos pelos seus senhores[5]. (FANON, 2008, p.106)

A terceira pista considera que, quando efeitos (negativos) do preconceito e da discriminação racial são considerados pelo profissional de saúde, o sujeito se sente acolhido em seu sofrimento. O usuário compõe a montagem do seu Projeto Terapêutico Singular, buscando junto da equipe intervenções psicossociais que contribuam para a edificação de uma identidade negra positiva. Isso exige dos profissionais escuta sensível e qualificada às dinâmicas das relações raciais, além de formação (permanente) para exercício de um cuidado qualificado frente aos possíveis sofrimentos provenientes dos preconceitos raciais, independentemente do grupo racial.[6]

Como exemplo, observamos cotidianamente vários elementos das culturas africanas diaspóricas, como grafite, oficinas de montagem de colares de contas/miçangas, *rap* (estilo musical) e *funk*, oficinas de tambores/bateria de escola de samba, oficina de turbantes, entre outros, sendo utilizados no cuidado em saúde mental, principalmente nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Contudo, nem sempre são significados como tal, apresentando-se descontextualizados das matrizes africanas e minimizando sua potência terapêutica identitária e inclusiva (DAVID; SILVA, 2014).

O quarto e último posicionamento destaca a necessidade de considerar a função do racismo na história do Brasil, assim como na conjuntura político-social atual, para promover estratégias de cuidado em saúde mental que leve em consideração as particularidades raciais,

[5]"Fanon refere-se a Albert Lebrun (1871-1950) presidente da França de 1932 a 1949, quando foi deposto pelos nazistas, o qual era filho de agricultores" (Nota de rodapé em: (FANON, 2008, p.106)).

[6]Na modernidade, a raça transformou-se em um parâmetro social, instituindo valores simbólicos, distinções e relações de poder que serão abordadas brevemente mais à frente e são objetos de discussão ao longo da pesquisa.

a singularidade dos usuários, de modo a respeitar os direitos humanos e as diretrizes do SUS (DAVID; SILVA, 2014, p.4).

Visando contribuir com essa discussão, considerou-se nesse trabalho ser importante pensar as relações entre saúde mental e racismo desde o olhar dos profissionais de saúde. Para tanto, foi privilegiada uma perspectiva institucional de análise, a que pensa o *racismo como instituição*, como lógica de produção e reprodução das relações sociais (LOURAU, 1993). O racismo, como uma relação de poder, institui e mantém privilégios para uma raça em detrimento de outra, produzindo subjetividades e podendo produzir sofrimento psíquico. No âmbito de uma perspectiva institucional, buscou-se abordar também o que se convencionou chamar de *racismo institucional* que:

> se manifesta em práticas e em comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou éticos discriminados em situação de desvantagem de acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações. (DFID; CRI, 2007, p. 2).

A presente pesquisa busca olhar essas dimensões a partir da perspectiva dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil (CAPSij) no desenvolvimento de sua ações de cuidado em saúde mental. Nesse sentido, busca-se responder às seguintes perguntas: O quesito raça/cor/etnia é levado em consideração na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)?[7] Os territórios existenciais, nos quais os usuários dos CAPSij circulam, são percebidos pelos profissionais enquanto territórios em que se presentifica o determinante raça? Quais intervenções psicossociais têm sido implementadas junto a usuários e territórios para dar visibilidade às relações étnico-raciais e enfrentar os efeitos do racismo?

Dito de outro modo, o objetivo desta pesquisa foi discutir as relações entre atenção psicossocial e racismo na perspectiva dos profissionais de um CAPSij. Mais especificamente, buscou-se: caracterizar e analisar a perspectiva de profissionais do CAPSij estudado sobre os possíveis sofrimentos psíquicos relacionados à violência do racismo e suas consequências;

[7]"O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. (...) Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários" (BRASIL, 2007 p.40).

identificar e analisar a utilização do quesito cor/raça/etnia no planejamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos(as) usuários(as) atendidos(as) no local; identificar e analisar as intervenções psicossociais de enfrentamento do racismo implementadas pelos profissionais em estudo, tanto junto a usuários(as) e seus(suas) familiares como nos territórios de referências do serviço.

Este estudo se inscreve na linha de pesquisa *Dispositivos Clínico-Institucionais e Produção de Subjetividade* do Núcleo *Lógicas Institucionais e Coletivas*, que discute modos de subjetivação e sua relação com os modos de saber-poder implicados nas políticas de saúde. As pesquisas desenvolvidas por esse núcleo partem de embasamentos teóricos produzidos por Michel Foucault e pelos autores da análise institucional, mais especificamente René Lourau.

A análise institucional alcança instituição enquanto "uma dinâmica contraditória[,] construindo-se na história e no tempo" (LOURAU, 1993, p.77). Assim, a instituição não é algo observável e objetiva, configurando-se ativa e mutável. Ela é apreendida não como um equipamento ou aparelho, mas como um contíguo de dialéticas que compõem o tecido social em que vivemos. Nessa perspectiva, o fazer pesquisa coloca em questão a neutralidade sugerida em outras abordagens científicas, considera o caráter político da produção científica e privilegia a dimensão interventiva e participativa do processo de pesquisa. A pesquisa-intervenção participativa entende que a produção/transformação do conhecimento é alcançada na interação entre pesquisador e pesquisado, produzindo teoria e intervindo, concomitantemente, "instaurando processos de 'planejar-agir-observar-refletir'" com os participantes (FURTADO et al., 2013, p. 104).

Nessa esteira, Lourau (1993) esclarece que, na análise institucional, mira-se a análise coletiva de um problema. O autor nomeia de "pesquisador coletivo" essa possibilidade de fazer "com", em que todos os sujeitos estão envolvidos. Também se assegura aos participantes a restituição permanente da pesquisa, durante todo o processo de trabalho, permitindo que o serviço estudado também se aproprie. Afinal, o estudo não tem caráter unilateral.

Além disso, na perspectiva da análise institucional, consideramos a implicação um aspecto central do fazer pesquisa. Lourau questiona (2004, p.133) se "não é a implicação, cada vez mais claramente o objeto de análise das relações que temos com a *instituição* e, (...) com nossa instituição de pertencimentos mais próxima aquela que possibilita nossa inserção nas situações sociais de intervenção, de formação e de pesquisa?".

A experiência como psicólogo (negro) dedicado à saúde pública nos últimos oito anos, destes, pouco mais de dois anos e meio no território aqui definido como campo de pesquisa, permitiu aferir as iniquidades que atingem a população negra e o descuido com a coleta e a análise do quesito cor, raça ou etnia em diversos equipamentos de saúde do território. Isso me lançou ao compromisso com a construção de subsídios para essa discussão. Esta é uma carência que enfraquece a discussão da questão étnico-racial e afasta os trabalhadores das especificidades raciais de usuários e dos territórios. Desse modo, a implicação do pesquisador com o campo da saúde mental e da saúde da população negra, somada à constatação de que os efeitos psicossociais do racismo têm sido uma temática ainda pouco estudada, permite interrogar com Silva et al. (2017, p. 102) "o quanto do pensamento eugênico ainda impregna a formação na área da saúde[,] contribuindo na representação social dos profissionais, sobre o louco e a loucura".

Como referências conceituais, esta pesquisa amparou-se nos aportes relativos ao racismo como instituição (especialmente em Michel Foucault) e em pesquisas que envolvem psicologia e relações raciais. No desenho desta pesquisa qualitativa,[8] foi realizada a revisão de literatura com foco em dois eixos: o primeiro olhou raça/racismo como categoria de análise no Brasil, entendendo que o cenário brasileiro histórico e atual exige a problematização das relações raciais; o segundo abordou as relações mais específicas entre racismo e saúde por meio de duas entradas: a da manicomialização da população negra e a da construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e o quesito raça/cor enquanto componentes de estratégias e práticas antirracistas na saúde pública.

O campo empírico escolhido para a pesquisa foi um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) da zona norte da cidade de São Paulo, serviço que assume o protagonismo quando se trata do cuidado em saúde mental infantojuvenil, com foco no território e na intersetorialidade.

> Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS: serviços de saúde de caráter aberto e

[8] "Os métodos qualitativos visam entender o detalhe das relações, instituindo o próprio pesquisador como instrumento. Embora os dados qualitativos não possibilitem resultados generalizáveis, eles fornecem informações ricas e detalhadas sobre um pequeno número de pessoas e casos, permitindo um entendimento do mundo de acordo com o ponto de vista dos respondentes; promovem profundidade, detalhe e sentido individual (PATTON, 2002). Considerando que as investigações no âmbito da saúde envolvem inúmeros fatores, sobretudo questões subjetivas relacionadas ao modo de vida, demandas, comportamentos e interações sociais entre os diversos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, destaca-se a importante contribuição da metodologia qualitativa para o entendimento de tais complexidades" (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011, p.222).

> comunitário constituídos por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011) e são substitutivos ao modelo asilar. Nessa perspectiva, o CAPS opera nos territórios, compreendidos não apenas como espaços geográficos, mas territórios de pessoas, de instituições, dos cenários nos quais se desenvolvem a vida cotidiana de usuários e de familiares (BRASIL, 2005) e constituem-se como um "lugar" na comunidade. Lugar de referência e de cuidado, promotor de vida, que tem a missão de garantir o exercício da cidadania e a inclusão social de usuários e de familiares. Os CAPS têm papel estratégico na articulação da RAPS, tanto no que se refere à atenção direta visando à promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, quanto na ordenação do cuidado, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde, articulando e ativando os recursos existentes em outras redes, assim como nos territórios. (BRASIL, 2015b, p.9-10)

A pesquisa no CAPSij foi desenvolvida com base: 1) na observação participante (com o objetivo de compreensão da dinâmica de funcionamento do serviço); 2) na leitura de prontuários (com foco na Ficha de Identificação dos usuários, visando uma caracterização sócio-demográfica dos usuários ativos, com destaque para a análise do quesito raça/cor); 3) em entrevistas gravadas em áudio com profissionais da equipe (com foco na descrição e na análise dos possíveis sofrimentos psíquicos relacionados ao racismo e na identificação de intervenções psicossociais ofertadas pelo equipamento); e 4) na participação em reuniões (para pactuação da pesquisa). As atividades foram realizadas em um período de onze meses (de dezembro 2016 a novembro de 2017).

A pesquisa cumpriu os aspectos éticos no que se refere à pactuação junto aos participantes e à sua anuência, à preservação do anonimato dos participantes e ao cuidado com a análise e a veiculação dos dados obtidos, conforme a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012,[9] do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, de modo a obedecer as diretrizes e normas quanto à autonomia, à beneficência, à não maleficência e à justiça (cf. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Anexo 1). Especial atenção foi dada ao modo de veicular informações sobre as crianças e os adolescentes, de modo a assegurar a "preservação da dignidade, privacidade e integridade física, psíquica, moral, religiosa e cultural da criança ou adolescente em situação de vulnerabilidade" e a "ter cuidado com interpretações que reforcem o prognóstico de um destino inexorável a partir das condições atuais de vulnerabilidade em que vivem crianças e

[9] O documento pode consultado no *site*: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 21 jan. 2017.

adolescentes" (ANDRADE; ROSEMBERG, 2004). Nesse aspecto, ainda, os nomes das crianças foram substituídos por um pseudônimo, de modo a garantir seu anonimato.[10]

O trabalho está estruturado do seguinte modo: no primeiro capítulo, é apresentada a noção de raça, do seu surgimento nos séculos XIV, XVI e XVIII, passando pela sua utilização nas teorias racialistas e eugênicas do século XIX, até se tornar uma categoria social no Brasil entre 1950-1970 e finalmente configurar-se, no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, com a noção de racismo, uma relação de poder estruturante das relações sociais brasileiras. Finalmente, em diálogo com os aportes de Michel Foucault sobre racismo de Estado, aponta-se como o atributo raça no Brasil impõe possibilidades diferentes para brancos e negros no processo saúde-doença-morte. No segundo capítulo, é apresentada a relação histórica entre loucura e população negra no Brasil, com foco nos mecanismos de controle e segregação que incidiram sobre a população negra realizados pelos processos de psiquiatrização. Essa manicomialização é apresentada em quatro períodos: 1) século XIX, com a iminência das teorias racialistas e eugenistas que balizavam as políticas de branqueamento no Brasil; 2) as primeiras décadas do século XX, que na região Sudeste, principalmente na cidade de São Paulo, crianças negras eram institucionalizadas em nome do "mito da raça paulistana"; 3) os anos 1960-1980, período marcado pela vigência do regime de ditadura militar e pela censura ou perseguição aos movimentos sociais e o fortalecimento das ferramentas de controle, inclusive o manicômio; e 4) o início dos anos 2000, com a realização do censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (BARROS; BICHAFF, 2008) que, ao lado da leitura crítica de autores como Barros et al. (2014), trouxe visibilidade à perspectiva racial. Ainda nesse capítulo são apresentadas as ferramentas que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem criado e trabalhado para o combate das iniquidades de saúde provocas pelo racismo, com foco na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e no quesito raça/cor.

Dado o tempo e os efeitos da presença do pesquisador no campo, que muito interessam à análise institucional, é apresentado, no Capítulo 3, com maiores detalhes, o percurso da pesquisa, que já permite traçar certos elementos analíticos, evidenciar seu caráter interventivo e aproximar o leitor da realidade territorial do CAPSij estudado. O Capítulo 4 focalizou dois eixos analíticos derivados da análise das entrevistas: o primeiro, com base na apresentação de dois casos trazidos pelos profissionais, aborda o modo como a equipe pensa

[10]A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e aprovada sob o número 1.854.944.

as relações entre sofrimento psíquico e racismo, bem como desenha sua intervenção; o segundo considera algumas dimensões da organização do serviço e da esfera político-institucional com destaque para os desafios e paradoxos relativos às relações raciais que os serviços de saúde vivenciam.

Nesse percurso, foi possível evidenciar que as intervenções e os projetos terapêuticos em andamento no CAPSij já acolhem e trabalham com os efeitos do racismo na medida dos seus compromissos com as práticas de liberdade e da recusa dos processos de exclusão e de violência que são pressupostos ético-políticos da luta antimanicomial. Contudo, sugere-se que a tomada dos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial, o que se chamou de *aquilombação* dos CAPS, pode ampliar a potência de um agir em saúde que contribua para a promoção da equidade racial e para a desinstitucionalização do racismo. Para essa "aquilombação", não basta dar "visibilidade" à raça como variável "sombra", até porque raça/cor foram tomadas como objeto central das propostas eugenistas e manicomiais. É necessário construir ferramentas teóricas e de cuidado em saúde para a população negra, em uma posição ético-política antirracista.

CAPÍTULO 1

RAÇA E RACISMO: ASPECTOS HISTÓRICO-CONCEITUAIS

QUEBRANTO

às vezes sou o policial que me suspeito
me peço documentos
e mesmo de posse deles
me prendo e me dou porrada

às vezes sou o porteiro
não me deixando entrar em mim mesmo
a não ser
pela porta de serviço

às vezes sou o meu próprio delito
o corpo de jurados
a punição que vem com o veredicto

às vezes sou o amor que me viro o rosto
o quebranto
o encosto
a solidão primitiva
que me envolvo com o vazio

às vezes as migalhas do que sonhei e não comi
outras o bem-te-vi com olhos vidrados
trinando tristezas

um dia fui abolição que me lancei de supetão no espanto
depois um imperador deposto
a república de conchavos no coração
e em seguida uma constituição
que me promulgo a cada instante

também a violência dum impulso
que me ponho do avesso
com acessos de cal e gesso
chego a ser

às vezes faço questão de não me ver
e entupido com a visão deles
sinto-me a miséria concebida como um eterno começo

fecho-me o cerco
sendo o gesto que me nego
a pinga que me bebo e me embebedo
o dedo que me aponto
e denuncio
o ponto em que me entrego.
às vezes...![11]

[11] CUTI, Luiz Silva. **Negroesia**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.

Olhar para a etimologia da palavra “raça”, segundo Wade (2017), é deparar-se com a incerteza, característica de conceitos com múltiplas definições. Munanga (2004) e Wade (2017) destacam que a palavra origina-se do latim *ratio* (que significa “tipo”, “verdade”) e foi influenciada pela expressão italiana *razza* (que significa “sorte”, “categoria”, “espécie”). No século XIV, o termo passou a servir para a classificação de espécies/linhagens de vacas e cavalos, sendo inicialmente utilizado nos campos de cidades espanholas e italianas (WADE, 2017).

É apenas no século XVI que o termo surgiu na língua inglesa. Voltava-se para a linhagem de pessoas, por meio de alguma conexão genealógica (COROMINAS, 1976; LIBERMAN, 2009; LÓPES BELTRÁN, 2004, p. 182; NIRENBERG, 2009, p. 248-250; VOEGELIN; VONDUNG, 1998, p. 80-83 *apud* WADE, 2017). No século XVIII, houve uma vasta ampliação do termo. O pensamento ocidental passou a conceituá-lo considerando a aparência, o sangue e o meio ambiente (WADE, 2017), abrindo as portas para um período importante com ampla repercussão no Brasil: o do racismo científico do século XIX.

No item 1.1 deste capítulo, será analisado como a raça nessa perspectiva “científica”, de matiz eugenista, inscreve-se no Brasil para, em seguida, ser apresentada a emergência da raça como categoria social, a partir dos estudos em sociologia no Brasil do século XX e o importante debate que aí se configurou. Conclui-se apresentando o racismo como relação de poder, como mecanismo de perpetuação da desigualdade, apontando mais especificamente como o atributo raça no Brasil impõe possibilidades diferentes para brancos e para negros no processo saúde-doença-morte.

1.1. Racismo científico

A discriminação e a opressão de negros(as) no Brasil não se iniciaram com as postulações do racismo científico. Contudo, esta pesquisa partirá desse ponto histórico, embora se saiba que, em outros períodos do Brasil colonial (séculos XVI a XIX), o(a) negro(a) foi aviltado(a) de sua condição de sujeito, como aponta Souza (1983, p. 19):

> A sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça (noção ideológica), demarcou o seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco, e instituiu o paralelismo entre cor negra e posição social inferior.

A abolição da escravidão e a queda da monarquia no final do século XIX exigiram movimentos nas relações raciais no Brasil. Com o fim do regime de produção colonial, ao menos no papel, os negros deixavam de ser peças, objetos. Todavia, surgia, paralelamente ao movimento abolicionista, novas correntes, que negavam "a igualdade e a transformava em matéria de utopia" (SCHWARCZ, 2001, p. 42).

De 1870 em diante, produções teóricas começaram a ser elaboradas por diversos intelectuais, com o intuito de demonstrar uma suposta naturalização das disparidades sociais (SCHWARCZ, 1993, 2001) como falsa justificativa da manutenção de negros(as) em condição análoga à escravidão.

Na construção da noção de raça, as ciências biológicas tiveram importante papel, principalmente durante os anos 1920 e 1930, balizando as justificativas raciais de que o negro é inferior (SCHWARCZ, 1993). "Tendo por base uma ciência positivista e determinista, pretendia-se explicar com objetividade – a partir da frenologia (...) – uma suposta diferença entre os grupos humanos" (SCHWARCZ, 2001, p.42), assim, por meio de análises fenotípicas, a biologia passou a protagonizar determinados grupos humanos, por meio das teorias raciais da época.

De acordo com Munanga (2004, p. 20):

> No século XIX, acrescentou-se ao critério da cor outros critérios morfológicos como a forma do nariz, dos lábios, do queixo, do formato do crânio, o ângulo facial, etc. para aperfeiçoar a classificação. O crânio alongado, dito dilicocéfalo, por exemplo, era tido como características dos brancos "nórdicos", enquanto o crânio arredondado, branquicéfalo, era considerado como característica física dos negros e amarelos. Porém em 1912, o antropólogo Franz Boas observara nos Estados Unidos que o crânio dos filhos dos imigrados não brancos, por definição branquicéfalos, apresentavam tendência em alongar-se. O que tornava a forma do crânio uma característica dependendo mais da influência do meio do que dos fatores raciais.

No Brasil, qualquer teoria que não balizasse diferenças naturais entre raças tinha pouco valor. "Aqui ocorreu uma releitura original. Ao mesmo tempo que se absorveu a ideia de que as raças significavam realidades essenciais e ontológicas, negou-se a noção de que a

mestiçagem levava sempre a degeneração" (SCHWARCZ, 2001, p.42). As teorias apostavam que a miscigenação embranqueceria[12] a nação brasileira e que tal embranquecimento traria uma evolução racial. "Miscigena-se[13] para 'embranquecer' jamais para 'empretecer'. Com esses princípios, com essas crenças, convive a sociedade brasileira até hoje" (DEUS, 2000, p.3).

O período de abolição da escravidão sofreu brutal interferência das políticas de incentivo à imigração europeia, que pretendiam retirar os negros dos espaços de trabalho e de produção, substituindo-os por imigrantes europeus. Na segunda metade do século XIX até os últimos anos do império, a busca em embranquecer[14] o Brasil se fez política.

Esta foi uma intenção que encontrou fertilidade na medicina eugenista[15] do século XIX. Pesquisando a história da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) nas décadas de 1920 e 1930 no Brasil, Costa (2006, p.113) discute as bases eugenistas da psiquiatria então emergente: "Os eugenistas serviram-se do organismo para reforçar as ideias eugênicas e reativar o racismo puro, recalcado na cultura brasileira, com finalidades político-ideológicas".

O mesmo autor aponta que, além de Nina Rodrigues, intelectuais da época, como Batista Lacerda e Roquette Pinto, defendiam a superioridade de "caracteres mentais, somáticos, psicológicos e culturais da raça branca" (GUIMARÃES, 2008, p.66). De acordo

[12]Aspecto importante nas relações raciais entre brancos e negros é o conceito de *ideologia do branqueamento*. Incipiente na escravidão colonial, esse conceito teve seu fortalecimento cultural na edificação do abolicionismo brasileiro, tornando-se um dos eixos fundamentais do fim do regime de produção colonial, como ideário de um país miscigenado (CARONE, 2002).

[13]Carone (2002) ressalta que a miscigenação no período colonial do Brasil não se deu naturalmente. A violência sexual marcou o cruzamento racial naquele período. O corpo da(o) africana(o) negra(o) era tido como objeto, passível de qualquer exploração. No período pré-abolicionista, dirigido à luz da questionada Lei Áurea (datada de 13 de maio de 1988), a coação cultural foi ferramenta do branqueamento. O negro foi condicionado a negar seu corpo, seus costumes e a si mesmo, com a expectativa de integração em uma sociedade "livre" (CARONE, 2002).

[14]Como uma tentativa de eliminação da raça negra, o branqueamento não se efetuou no Brasil: este é o país com o maior contingente de negros fora da África, perdendo somente para a Nigéria. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - 2013, os negros representam 53,1% da população brasileira; em números absolutos, somam 107 milhões de habitantes (IBGE 2015).

[15]"A eugenia não era uma ciência *stricto sensu*; era antes um projeto político-social que se apoiava em sua suposta cientificidade para justificar e implantar práticas sociais de controle da população, em especial dos mais pobres: mulheres, crianças e categorias sociais estigmatizadas, como negros, mestiços, prostitutas, homossexuais e portadores de deficiências físicas ou mentais (sobre a forma como ideias e procedimentos eugênicos levaram à internação de homossexuais em hospitais psiquiátricos (...); a respeito do discurso médico e das práticas sociais voltadas contra as prostitutas (...) e sobre procedimentos criminológicos de perseguição e controle da população mais pobre (...). A adequação dos indivíduos a um padrão de identidade nacional, de raça e gênero era o que estruturava as discussões dos eugenistas" (MISKOLCI, 2006, p.232).

com Bento (2002), Nina Rodrigues[16] defendia a tese de que o negro foi escravizado por causa de sua inferioridade.

Segundo Schwarcz (1993), em meados de 1930 a medicina no Brasil estava em plena construção e sua hegemonia era fortemente disputada por duas grandes escolas: a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina da Bahia.

> O tema racial é ainda relevante, pois integra o arsenal teórico de ambas as escolas. Na Bahia é a raça, ou melhor, o cruzamento racial que explica a criminalidade, a loucura, a degeneração. Já para os médicos cariocas, o simples convívio das diferentes raças que imigraram para o país, com suas diferentes constituições físicas, é que seria o maior responsável pelas doenças, a causa de seu surgimento e o obstáculo à "perfectibilidade" biológica. (SCHWARCZ, 1993, p.191)

Costa (2006) aponta que os médicos Renato Kehl e Xavier de Oliveira protagonizavam as teorias racistas dentro da LBHM. O autor observa também que os demais psiquiatras condescendiam de suas asseverações racistas, afinal, ambos nunca foram questionados pelos demais integrantes da liga; pelo contrário, suas proposições eram aceitas. São exemplos o 3º Congresso de Psiquiatria e o 3º Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, em que Xavier de Oliveira (*apud* COSTA 2006, p. 111) proferiu:

> nº6: que só seja permitida a entrada no paiz de immigrantes da raça branca;
> nº7: que seja expressamente prohibido para effeito de residência além de seis meses, a entrada, no paiz, de quaesquer elementos das raças negra e amarella.

Renato Kehl (*apud* COSTA 2006, p. 111), por sua vez, declarava a respeito da mestiçagem que:

[16]"Nina Rodrigues, médico e antropólogo, representou a posição que condena a mestiçagem, influenciado pela sua participação em discussões científicas europeias da escola criminalista italiana e da escola médico-legal francesa. Supunha que a lei biológica nos dava indicações de que os produtos do cruzamento eram tanto menos favoráveis quanto mais se encontravam afastadas as espécies dentro de uma hierarquia zoológica. No caso das raças humanas, embora não se tivesse comprovado a *hibridez* física dos produtos do cruzamento (esterilidade, por exemplo), poder-se-ia verificar uma certa *hibridez moral, social e intelectual* dos mestiços, de acordo com uma certa escala de mestiçagem, dos 'degenerados' aos 'intelectualmente superiores'. De acordo com essa escola, Nina Rodrigues propunha a revisão do código penal brasileiro para o julgamento diferenciado, caso a caso, da responsabilidade criminal dos mestiços" (CARONE, 2002, p.15).

> Os dois elementos cruzados têm, cada um, seus caracteres psicofísicos estritamente próprios, estáveis, harmoniosos. Em vez de realizar uma média entre esses caracteres diferentes, a mestiçagem perturba seu desenvolvimento natural. Aqueles que afirmam, tanto entre brancos e negros, como entre brancos e índios, mongóis e outros. Os mestiços não podem ser comparados a uma raça pura; só a partir de uma visão falsa é que se pode admitir sua igualdade e superioridade.

Costa (2006) considera que as interpretações feitas das estatísticas psiquiátricas tinham fortes componentes racistas. As estatísticas eram o fundamento médico, todavia, esses dados não levaram em consideração determinantes sociais e históricos. O racismo admitido pela LBHM, nos anos 1930, pautava-se nos altos índices de doença mental e sua prevalência nos grupos *étnicos não brancos* (linguagem da época (negros e mestiços)). Também se ancorava no tipo de doença mental, toxinfecciosa (como sífilis e alcoolismo), uma vez que o grupo populacional branco apresentava predominantemente doenças nomeadas constitucionais. Segundo o autor, esses dados eram utilizados e interpretados como estigma racial.

> Os psiquiatras tinham nas estatísticas um pretexto para confirmar o preconceito racial. Os indivíduos não brancos, sendo portadores hereditários de predisposição sifilítica, representavam um perigo para a constituição eugênica do Brasil. (COSTA, 2006, p.112)

Ancorados nessas estatísticas, promoviam doenças relacionadas a uma suposta predisposição genética das mulheres negras em contrair sífilis e decadência moral/sexual à herança psíquica de negros e mestiços. Estas são análises extremamente preconceituosas e racistas que ignoravam as condições sociais desumanas que homens e mulheres negras viviam ao longo dos anos, violências determinantes para a manifestação desses fenômenos.

Para Serra e Scarcelli (2014), a ciência médica eugênica tinha como principais intenções a patologização de negros, indígenas e descendentes de asiáticos, além de afirmar uma suposta periculosidade das classes pobres e ratificar o ideário da branquitude.

No final dos anos 1930, a política de branqueamento aos poucos perde força, assim como o alienismo entra em declínio. Começa-se a discutir cor e raça a partir de óticas não biológicas, como será observado mais à frente.

1.2. Raça como categoria social

A partir de 1930, a ideia de cor ganhou força no Brasil, chegando a se sobressair à ideia de raça. O antirracialismo começou a se fazer presente e encontrou na obra *Casa grande e senzala*, de Gilberto Freyre (1933), seus maiores atributos teóricos. Os estudos sociais de Freyre postulam a existência no Brasil de uma "democracia social e étnica" [17] e de uma estabilização política racial e social apoiada na homogeneidade cultural do povo, sendo o país, nas palavras de Arthur Ramos (1940) um "laboratório de civilização" (*apud* GUIMARÃES, 2008).

Guimarães (2003) ressalta que a "geração realista" encabeçada por Silvio Romero em 1920 foi fundamental para o sucesso de Gilberto Freyre (1933), de Mario de Andrade (1944), os folcloristas e os modernistas. Essa geração não negava a abundante existência de negros livres e protestavam que estes fossem inseridos na sociedade. Protestavam, também, a favor da criação de símbolos nacionais que representassem essa "nova nação". Para isso, foram chamados todos, com a inclusão dos movimentos negros até então existentes.

Todavia, em 1950 a raça era fortemente recusada, a cor também em alguma medida. Havia a crença de que a eliminação desses termos apagaria as disparidades entre brancos e negros. "A cor é apenas um acidente. Somos todos brasileiros e por um acidente temos diferentes cores; cor não é uma coisa importante; 'raça', então, nem se fala, esta não existe, quem fala em raça é racista" (GUIMARÃES, 2003, p. 101).

A recusa de grande parte dos cientistas brasileiros descrita anteriormente ia ao encontro de posturas acadêmicas existentes no mundo. Afinal, "desde pelo menos o documento[18] da UNESCO divulgado em 20 de julho de 1950, houve certo consenso entre alguns acadêmicos em afirmar que não há raças" (HITA, 2017, p.24). Esses estudos

[17]"A ideologia da democracia racial tem raízes muito anteriores a 1930. A expressão, entretanto, aparece pela primeira vez, de acordo com Antonio Sérgio Guimarães, em um artigo de Roger Bastide publicado no *Diário de São Paulo*, precisamente no dia 31 de março de 1944, no qual eram usados os termos democracia social e racial para descrever a ausência de distinções rígidas entre brancos e negros. Antonio Sérgio aponta também que a expressão evoca essencialmente dois significados: o primeiro subentende que todos os grupos étnicos vivem na mais perfeita harmonia, enquanto o segundo remete, no mínimo, a um ideal de igualdade de direitos, e não apenas de expressão cultural e artística" (SCHUCMAN, 2010, p. 4).

[18]"O texto foi assinado por reconhecidos intelectuais e especialistas no campo das discussões sobre raça naquela época (...) entre os quais destaco nomes de: L. A. Costa Pinto pelo Brasil, Franklin Frazier pelos Estados Unidos, Claude Lévi-Strauss pela França e Morris Ginsberg pelo Reino Unido, apoiados no pressuposto de estudos biológicos e genéticos sobre hereditariedade que apontaram haver muito mais semelhanças que diferenças entre distintos grupos da humanidade, divididos neste documento em 3 grandes grupos: o Mongoloide, Negroide e Caucasiano" (HITA, 2017, p.24).

descartavam as postulações de hierarquias raciais e afirmavam que as singelas diferenças biológicas entre as raças não justificavam classificações deterministas, mostrando que os seres humanos são mais iguais do que distintos. Se não há superioridade de um grupo étnico-racial sobre o outro, como seriam explicadas as desigualdades raciais no Brasil?

Nos anos 1950 até 1970, outra tradição de estudos buscou entender as relações raciais no Brasil a partir das determinações estruturais, apostando na integração social do negro como elemento apaziguador das desigualdades. Florestan Fernandes (1965) foi um dos estudiosos à frente desse entendimento inovador, propondo que o *preconceito de cor* seria fruto da não acabada revolução burguesa e efeito da sociedade de classe (GUIMARÃES, 2008, p. 74).

Essas duas tradições foram objeto de críticas e problematizações. A primeira, conforme coloca Bento (2002, p. 48),

> postula que a distância social entre dominantes e dominados é modificada pelo cruzamento inter-racial que apaga as contradições e harmoniza as diferenças levando a uma diluição de conflitos. Ao postular a conciliação entre as raças e suavizar o conflito, ele nega o preconceito racial e a discriminação, possibilitando a compreensão de que o "insucesso dos mestiços e negros" deve-se a eles próprios. Desta forma, ele fornece à elite branca os argumentos para se defender e continuar a usufruir dos seus privilégios raciais. Estes postulados constituem a essência do famigerado Mito (ou ideologia) da Democracia Racial Brasileira.

Já Guimarães (2008, p. 79) considera que "a geração dos anos 1950 e os seus discípulos nos anos 1960 estudaram e discutiram o preconceito de cor e o preconceito racial, mas não trataram de racismo". Segundo o mesmo autor, tais proposições colaboraram com a crença de que, ao longo do tempo, os negros iriam se inserir nas sociedades competitivas por meio dos artifícios da modernização industrial.

A psicologia acompanhou esse período, afinal, de 1930 até 1950, pesquisas sobre a construção sociocultural das diferenças caminhavam junto com a introdução dos cursos de psicologia em algumas instituições de ensino superior. Pesquisadores como Raul Briquet, Donald Pierson, Aniela Ginsberg, Virginia Leone Bicudo, Arthur Ramos e Dante Moreira Leite foram precursores no compromisso de "desbiologizar" a temática, trazendo-a para o campo da psicologia social (SANTOS, SCHUCMAN, MARTINS, 2012, p. 167).

Destaca-se que é com a terceira tradição, do final dos anos 1970 e anos 1980, que tem entre seus formuladores Hasembalg (2005), que ganham ênfase os fatores políticos e

estruturais do país, considerando-se, então, o racismo como um importante balizador de relações sociais no Brasil.

Para essa tradição, as desigualdades raciais devem ser atribuídas à discriminação racial e à segregação geográfica dos grupos raciais, condicionadas inicialmente pelo regime escravista e reforçadas, depois, pela política de imigração.

> (...) observadas em perspectiva histórica, exigiriam políticas públicas que articulassem dimensões étnico-raciais, origem regional e situação socioeconômica e (...) assegurassem um novo horizonte de desenvolvimento social com a inclusão daqueles segmentos não contemplados historicamente. (ROSEMBERG; SILVERIO, 2011, p. 25)

Essa pesquisa está alinhada à última tradição, que se propôs a compreender o racismo enquanto mecanismo de perpetuação da desigualdade entre raças.

> De modo bastante consensual, boa parte das pesquisas apontam que negros e pardos estão expostos a mais desvantagens acumulativas que os demais grupos, e que estas desigualdades vêm sendo transmitidas ao longo e entre distintas gerações. (HITA, 2017, p. 25)

Destaca-se também que essa questão foi denunciada pelos movimentos negros da época, que exigem (até os dias de hoje) políticas sociais reparatórias e ações afirmativas ao Estado, como tática de combate às iniquidades raciais. Cabe aqui, uma ressalva: em 1978 surge um ator político, o Movimento Negro Unificado (MNU),[19] que protagoniza diversas ações no país, denunciando ativamente a manutenção da ideologia da democracia racial no imaginário da população brasileira (GUIMARÃES, 2003).

Nessa esteira, Schucman (2010, p. 4) propõe definir o racismo como:

[19] "Por que o MNU irá golpear de forma tão contundente a 'democracia racial'? Porque ele vai reintroduzir a ideia de raça, vai reivindicar a origem africana para identificar os negros. Começa-se a falar de antepassados, de ancestrais, e os negros que não cultivam essa origem africana seriam alienados, pessoas que desconheceriam suas origens, que não saberiam seu valor, que viveriam o mito da democracia racial. Para o MNU, um negro, para ser cidadão, precisa, antes de tudo, reinventar sua raça. A ideia de raça passa a ser parte do discurso corrente, aceito e absorvido de certo modo pela sociedade brasileira, o que não se explica senão pelas mudanças que ocorreram também na cena internacional, que tornaram esse discurso poderoso internacionalmente. Mas o fato é que se introduz de novo a ideia de raça no discurso sobre a nacionalidade brasileira" (GUIMARÃES, 2003, p.103).

> qualquer fenômeno que justifique as diferenças, preferências, privilégios, dominação, hierarquias e desigualdades materiais e simbólicas entre seres humanos, baseado na ideia de raça (...), mesmo que essa ideia não tenha nenhuma realidade biológica.

A instituição da raça, como destaca Schucman (2010, p. 4), é "o ato de atribuir, legitimar e perpetuar as desigualdades sociais, culturais, psíquicas e políticas à 'raça', significa legitimar diferenças sociais a partir da naturalização e essencialização da ideia falaciosa de diferenças biológicas".

Oracy Nogueira (1998), durante as décadas de 1940 e 1950, observa ainda que, no Brasil, o preconceito racial se singulariza, caracterizando-se como um *preconceito racial de marca*, diferenciando-se de outros países como os Estados Unidos, onde o *preconceito racial é de origem*.[20] "Quando o preconceito de raça se exerce em relação à aparência, o fenótipo, isto é, quando toma por pretexto para as suas manifestações os traços físicos do indivíduo, a fisionomia, os gestos, o sotaque, diz-se que é de marca" (NOGUEIRA, 1998, p. 78). As expressões populares relativas aos negros no Brasil, como "os lábios grossos, a bunda avantajada, o nariz achatado, a pele escura, o cabelo crespo e a cabeça grande", constroem um lugar simbólico (NOGUEIRA, 1998) que desumaniza o negro. Os atos racistas são a materialização dessa construção.

Por último, vale ressaltar que o racismo à brasileira tem suas peculiaridades. O Brasil costuma negar a existência do racismo, mesmo tendo participado da III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, que ocorreu em Durban em 2001,[21] onde politicamente se posicionou e foi asseverado como uma nação atravessada pelo preconceito racial.

Os efeitos causados pelo preconceito racial são diversos e multissetoriais, afetam todas as raças e etnias (negros, indígenas, asiáticos e brancos), em seus diversos campos de subjetivação e existência – educação, trabalho, território, moradia, cultura, família, saúde, etc.

---

[20]"Quando basta a suposição de que o indivíduo descende de certo grupo étnico para que sofra as consequências do preconceito, diz-se que é de origem (...) onde é de origem, presume-se que o mestiço, seja qual for sua aparência e qualquer que seja a proporção de ascendência do grupo discriminador ou do grupo discriminado, que se possa invocar, tenha as 'potencialidades hereditárias' deste último grupo e, portanto, a ele se filie, 'racialmente'" (NOGUEIRA, 1998, p. 78-79).

[21]Ver mais em: SÃO PAULO (cidade). Secretaria de Participação e Parceria. Coordenadoria dos Assuntos da População Negra. Ministério da Cultura Fundação Palmares. **III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. Declaração de Durban e Plano de Ação** – traduzidos em língua portuguesa. Imprensa Oficial, 2005.

Contudo, as afetações são distintas para cada raça/etnia, em especial quando se diferencia as afetações socioeconômicas e simbólicas de negros/indígenas *versus* brancos/asiáticos. Serão apresentadas, a seguir, algumas diferenças estruturais entre brancos e negros:

Mais da metade da população brasileira se autodeclara preta ou parda. Segundo dados do IBGE (2014), estes representam 53,6% da população, enquanto os que se autodeclaram brancos chegam a 45,5%. Entre os 10% mais pobres, três em cada quatro são pessoas negras, totalizando 75,5%, em contrapartida, entre os 1% mais ricos do Brasil, a proporção é abaixo de uma pessoa negra em cada cinco pessoas brancas (17,8%). De acordo com o IBGE (2016), o rendimento está relacionado à escolaridade; contudo, entre os brancos, 70,7% dos adolescentes entre 15 e 17 anos cursam regularmente o ensino médio, e entre os negros o número cai para 55% de discentes. Os negros também vivenciam o atraso escolar com maior probabilidade (53,2% contra 29,1% dos discentes da raça branca), realidade que impacta o ingresso e a manutenção no ensino superior: estudantes de 18 a 24 anos que cursam níveis de ensino anterior ao ensino superior (IBGE, 2015). Quando a análise se volta para as condições de vida/habitação, a disparidade também se presentifica: 38,7% dos negros vivem em condições de extrema vulnerabilidade (lares sem acesso a água, esgoto e/ou coleta de lixo). Os brancos que vivenciam essas condições chegam a 22,3% (IBGE, 2016). Se forem pesquisados dados sobre saúde, trabalho, segurança pública, entre outros, as disparidades estatísticas ao se comparar raças seguirão evidenciando que o racismo é, na sociedade brasileira, estrutural.

No próximo item, será apresentada a perspectiva de análise que orienta o presente estudo, com ênfase em alguns aportes de Michel Foucault sobre biopoder e racismo de estado e como tal perspectiva tem permitido identificar como o atributo raça no Brasil impõe possibilidades diferentes para brancos e negros no processo saúde-doença-morte e como a proposta de enfrentamento do racismo institucional abre caminhos para as políticas de saúde tomarem essa questão como um eixo de ação.

1.3. Racismo como relação de poder

Para Foucault (1999, p. 309), "a especificidade do racismo moderno, o que faz sua especificidade, não está ligada a mentalidades, a ideologias, a mentiras do poder. Está ligada à técnica do poder, à tecnologia do poder".

Foucault (1988) considera que, do século XVIII em diante, o poder tomará como objeto a vida de duas maneiras estratégicas: a primeira delas é a anátomo-política do corpo humano, que tem como funções a disciplinarização, o adestramento e a docilização dos corpos, fazendo-os diligentes e econômicos. A segunda seria o corpo-espécie, objeto de investimento da biopolítica, que se efetiva por meio da gestão de procedimentos próprios da vida da população: a propagação, o ato de nascer, a morte, a saúde, o envelhecer. Em decorrência da ampliação do biopoder, será observado o alargamento de tecnologias políticas em torno da saúde, do corpo, da alimentação, do controle do comportamento, da normalização do prazer, entre outras exigências da existência do indivíduo.

> Os discursos sobre o sexo e sobre a raça são paradigmáticos para pensar a sobreposição entre o controle sobre os corpos e a biopolítica, para produzir uma população saudável. (LÓPEZ, 2012, p. 129)

Nessa nova lógica de poder que ata a política à vida, Foucault (1999, p. 307) se interroga: "Quando for preciso matar (...) como se poderá fazê-lo, se se funcionar no modo do biopoder? Através dos temas do evolucionismo, mediante um racismo". Ainda, segundo o mesmo autor, o racismo exerceria uma dupla função: a de produzir uma separação, dentro do *continuum* biológico, entre quem pode viver e quem pode morrer, articulando as duas condições: a morte de uns favorece a sobrevivência dos outros. Mbembe (2016, p. 128), na esteira de Foucault, acrescenta: "Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possíveis as funções assassinas do Estado".

É possível identificar essa separação entre quem pode viver e quem pode morrer na pesquisa publicada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), *Desigualdades de transplantes de órgãos no Brasil: Análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor*, publicada em 2011. Apesar de a Constituição Brasileira estabelecer direitos iguais e universais no acesso à saúde para todos(as) os(as) cidadãos e cidadãs, o acesso aos transplantes de órgãos no Brasil tem sofrido (e sofre) interferências de raça e de gênero em sua "distribuição": a pesquisa indica que homens brancos têm sido privilegiados no recebimento dos órgãos ao longo dos anos e considera que a causa desse fenômeno, no qual mulheres e negros(as) não se beneficiam de maneira igualitária ou semelhante, está ancorada em fatores como racismo, preconceitos e subfinanciamento da saúde pública.

Carneiro (2005, p.78) aponta, por exemplo, que há "condições desfavoráveis de vida para inscrever a negritude (...) [quando] na branquitude se configura o vitalismo como signo

que se consubstancia na maior expectativa de vida, nos menores índices de mortalidade e morbidade (...), o acesso privilegiado aos bens socialmente construídos". Do mesmo modo, os índices de mortes violentas na juventude, que atingem, em maior número, jovens negros,[22] podem ser compreendidos à luz do racismo nessa faceta biopolítica.

Mbembe (2016, p. 130) aponta, ainda, que "qualquer relato histórico do surgimento do terror moderno precisa tratar da escravidão, que pode ser considerada uma das primeiras instâncias da experimentação biopolítica". Flauzina (2008) leva em consideração o apontamento do teórico camaronês e relaciona o contexto brasileiro escravocrata, em que "a vida de um escravo, em muitos aspectos, é uma forma de morte em vida" (MBEMBE, 2016, p.132). Àquele que serve para a exploração,

> fora do padrão centralizador que está inscrito na elaboração foucaultiana para a análise das sociedades europeias, essa é uma vocação do poder que se faz visivelmente presente nos limites da instituição escravista no Brasil. A partir da premissa desumanizadora imposta às pessoas escravizadas, as funções de todo regimento da vida dentro do privado ou em um ambiente público contaminado por seus fundamentos estiveram associadas à produção da morte como forma de garantia material e simbólica das relações de subserviência mesmo estando a base do empreendimento relacionado à vida. Ou seja, a preservação da existência humana, indispensável à continuidade do regime de trabalhos forçados, dava-se com os espólios de um direito de espada que, por sua natureza intrínseca, acabava pendendo para o lado da morte. (FLAUZINA, 2008, p.109)

Foucault (1999, p. 308) observa que a guerra estabelecida entre raças traz elementos políticos camuflados com argumentos biológicos: "destruir não simplesmente o adversário político, mas a raça adversa, essa (espécie) de perigo biológico representado, para a raça que somos, pelos que estão a nossa frente. É claro, essa é apenas (...) uma extrapolação biológica do tema do inimigo político". O autor assinala também o potencial de guerra que há no racismo, um massacre genocida[23] e colonizador, possível porque o racismo tem campo fértil

[22]De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/DATASUS), entre 2001 e 2011, ocorreram 547.490 homicídios, vitimando 188.378 pessoas brancas (34,4% do total) e 354.435 pessoas negras (64,7% do total). Entre 2008 e 2011, ocorreram 206.005 homicídios. Isso significa que a média anual é de 51,5 mil ou 141 homicídios diários. É importante observar que os 62 maiores conflitos armados do planeta causaram, entre 2004 e 2007, um total de 208.349 mortes diretas. Ainda de acordo com o SIM/DATASUS, mais da metade (53,3%) dos 52.198 mortos por homicídios em 2011 no Brasil eram jovens, dos quais 71,44% eram negros (pretos e pardos) e 93,03% do sexo masculino. O Balanço de Gestão da Secretaria Nacional de Justiça cita dados de 2012. Assim, em 2012, morreram 56.337 pessoas vítimas de homicídio, sendo 30.072 jovens (53,4% do total). Desses jovens, 71,5% eram negros e 93,4% eram do sexo masculino (BRASIL, 2015c, p. 15-16).

[23]Oliveira (2014) destaca que, desde o início dos anos 1990, o Movimento Negro debate o emprego do conceito *genocídio*, em substituição do termo *extermínio*. Faz-se anuência, aqui, ao uso da palavra *genocídio*, uma vez

nas sociedades que, engendradas na lógica do biopoder, eliminam seus pares, como foi o caso do nazismo.[24] "As concepções de raça formaram, então, um prisma não apenas para a imaginação da nação, mas também para o controle político da saúde e da vitalidade nacional, assim como da competitividade internacional" (LÓPEZ, 2012, p. 129).

Branco (*apud* BERNARDES, 2013, p. 12) considera que "o processo de transformação do direito ao genocídio como necessidade social e política já tinha suas origens no genocídio colonizador, que perdura sem diminuir, até o momento presente". Porém, é preciso considerar a plasticidade do genocídio, que hoje em dia tem outra linguagem, o "processo político contemporâneo está no discurso legitimador do genocídio tanto dos estrangeiros como de seus próprios cidadãos, alegação apresentada pelos Estados como sendo imprescindíveis para levar a cabo a regeneração da própria raça".

> Assim, nas sociedades de normalização, em que o Estado opera preferencialmente na esteira de um projeto de manutenção da vida, é o racismo que sustenta a produção da morte. A partir das distinções de tipo biológico que atravessam a população, será possível ao Estado recrutar os indivíduos a serem eliminados, numa perspectiva que garante a manutenção de uma sociedade pura e saudável. No esquema assumido pela modernidade, o racismo passa, portanto, a ser a condição para o direito de matar. Daí a sua centralidade para o funcionamento do Estado. (FLAUZINA, 2008, p. 113)

---

que "o genocídio da própria população resulta de uma nova modalidade de racismo, de caráter estatal, sustentada por princípios científicos e técnicos" (BRANCO *apud* BERNARDES, 2013, p. 12) do racismo de Estado. Em 2014, o CRP-SP publicou o Caderno Temático (nº14), com o título *Contra o genocídio da população negra: subsídios técnicos e teóricos para a Psicologia*. Segue trecho em que um representante do Movimento Reaja ou Será Morto, Reaja ou Será Morta! relata sobre a utilização do termo genocídio: "Nós fomos muito atacados por setores do Movimento Negro, da intelectualidade, da academia, dizendo que estávamos fazendo um reboliço intelectual, que aquilo era um artefato político sem nenhuma noção científica, porque não se tratava de genocídio dentro do Estado brasileiro, um estado em que todas as pessoas eram brasileiras. Genocídio dizia respeito a um ataque de determinada nação contra outra nação e que não poderia ser considerada dentro do perfil do Estado brasileiro. Na verdade, o que era extermínio, e algumas organizações do Movimento Negro criavam inclusive teses, que diziam: 'É extermínio programado', mas a gente dizia: 'É genocídio, os números e as condições em que nós estamos morrendo, em que as nossas vidas estão desprotegidas e disponíveis para que o Senhor, o mandatário, possa fazer o que quiser da nossa vida, matar ou deixar viver', era uma situação de genocídio. O genocídio, efetivamente, é o assassinato deliberado de pessoas motivadas por diferenças étnicas nacionais, raciais e religiosas. É a desintegração da vida daquela pessoa, do ponto de vista da sua completude" (BORGES, 2014, p. 12).

[24] "No fim, pouco importa que as tecnologias que culminaram no nazismo tenham sua origem na fazenda ou na colônia, ou que, pelo contrário – a tese foucaultiana – nazismo e stalinismo não tenham feito mais do que ampliar uma série de mecanismos que já existiam nas formações sociais e políticas da Europa Ocidental (subjulgação do corpo, eugenia, teorias médico-legais sobre hereditariedade, degeneração e raça). Um traço persiste evidente: no pensamento filosófico moderno e também na prática e no imaginário político europeu, a colônia representa um lugar em que a soberania consiste fundamentalmente no exercício de um poder à margem da lei (*ablegibussolutus*) e no qual tipicamente a 'paz' assume a face de uma 'guerra sem fim'" (MBEMBE, 2016, p.132).

Para Foucault (1999), esse poder soberano dos Estados modernos, de decidir sobre a vida e a morte, permite à sociedade tentativas de eliminação de seus indesejáveis, "e o racismo seria, de acordo com Michel Foucault, um elemento essencial para fazer essa escolha. É essa política de extermínio que cada vez mais se instala no Brasil, pelo Estado, com a conivência de grande parte da sociedade" (CARNEIRO, 2011 p. 134).

> Entretanto, considerando-se que na leitura foucaultiana do racismo "tirar a vida" inclui não só o "assassínio direto" senão também "tudo o que pode ser assassínio indireto", a segregação de populações empobrecidas nos espaços adjacentes às grandes cidades e a consequente multiplicação, para tais vidas politicamente irrelevantes, do risco de morte, parece ilustrar esse paradoxo da (ir)racionalidade política nas sociedades atuais. Indica como é assegurada no modo do biopoder, e justamente através do dispositivo do racismo, a "função assassina do Estado", seja de modo direto – no caso das ações, muitas vezes "espetaculares", desencadeadas por grupos de extermínio oriundos dos quadros dos aparelhos governamentais de "segurança pública"*(sic)* – ou indireto, e de modo "invisível"– quando se multiplica o risco de morte para alguns segmentos populacionais em virtude da ausência dos mais elementares equipamentos de higiene pública. Para usar os termos de Agamben, poder-se-ia dizer que certas periferias são verdadeiros "campos", ou seja, disposições espaciais nas quais habitam as "vidas nuas" que não se inscrevem no ordenamento jurídico. Em uma de suas principais teses, defende ser o "campo" o "*puro, absoluto e insuperado espaço biopolítico (e enquanto tal fundado unicamente sobre o estado de exceção)"*, uma vez que nele o poder tem a pura vida diante de si sem qualquer mediação. (BERNARDES, 2013, p. 77)

Flauzina (2008, p. 115) auxilia na realização de leituras sobre a "segregação espacial", enquanto um dos efeitos do racismo de Estado, considerando que os territórios onde a população negra foi direcionada desde o período pós-abolição, é a permeação de uma desestruturação da espacialidade urbana, o que colabora com a produção de mortes, simbólicas e físicas. Para a autora, "as periferias das cidades brasileiras são o cenário interativo em que se somam práticas e omissões para a consecução do projeto genocida do estado" (FLAUZINA, 2008, p. 117). É de relevância também apontar uma das dinâmicas do que Achille Mbembe chamou de *necropoder* (MBEMBE, 2016), a fragmentação dos territórios que impossibilita o livre acesso, garantindo uma segregação ao modo do Estado de apartheid; além da gestão das populações baseada na morte, como estratégia de controle de territórios – a *necropolítica* (MBEMBE, 2011).

Sueli Carneiro (2005, p. 74) complementa: "[é] nessa perspectiva que inscrevemos a negritude sob signo da morte, a partir da análise das distinções que se apresentam no processo

nascer-adoecer-morrer ou simplesmente no processo viver-morrer de negros e brancos na sociedade brasileira".

A tese de Carneiro leva à reflexão do efeito dessa tecnologia de poder sobre a população branca brasileira. Recorrer-se-á, então, aos estudos sobre branquitude[25] que se aportam nas teorias foucaultianas:

> para se entender a branquitude é importante entender de que forma se constroem as estruturas de poder concretas em que as desigualdades raciais se ancoram. Por isso, é necessário entender as formas de poder da branquitude, onde ela realmente produz efeitos e materialidades. Nas palavras de Foucault, trata-se, ao definir metodologicamente os estudos sobre poder, "de não analisar o poder no nível da intenção ou da decisão", mas sim de estudá-lo sob a perspectiva de sua externalidade, no plano do contato que estabelece com o seu objeto, com o seu campo de aplicação. Trata-se, afinal de buscar o poder naquele exato ponto no qual ele se estabelece e produz efeitos (FOUCAULT, 1999, p.33). Ou seja, é preciso pensar o poder da branquitude como princípio da circularidade ou transitoriedade (FOUCAULT, 1999), compreendendo-o como uma rede na qual os sujeitos brancos estão consciente ou inconscientemente exercendo-o por meio de pequenas técnicas, procedimentos, fenômenos e mecanismos que constituem efeitos específicos e locais de desigualdades raciais. (SCHUCMAN, 2014, p.57)

Para finalizar este item, cabe destacar que diversos movimentos sociais ao longo do mundo vêm denunciando o racismo de Estado e, consequentemente, a violência do Estado em relação à população negra/indígena, pobre, jovem e periférica. Destacam-se alguns deles: Jovem Negro Vivo (anistia internacional), Black Lives Matter (Estados Unidos), Reaja ou Será Morto, Reaja ou Será Morta! (Brasil), Mães de Maio (Brasil) e Os Mapuches (Chile). Todos esses grupos têm gritado que há vidas indesejáveis e consideradas descartáveis, logo, subjugadas ao poder da morte.

Autores(as) negros(as) contemporâneos(as), como Achille Mbembe (2011, 2016), Ana Luiza Pinheiro Flauzina (2008), Sueli Carneiro (2005), Ana Carolina Farias Franco (2012) e

[25]"Definir o que é branquitude e quem são os sujeitos que ocupam lugares sociais e subjetivos da branquitude é o nó conceitual que está no bojo dos estudos contemporâneos sobre identidade branca. Isso porque, nesta definição, as categorias sociológicas de etnia, cor, cultura e raça se entrecruzam, se colam e se descolam umas das outras, dependendo do país, região, história, interesses políticos e época em que estamos investigando. Ser branco e ocupar o lugar simbólico de branquitude não é algo estabelecido por questões apenas genéticas, mas sobretudo por posições e lugares sociais que os sujeitos ocupam. Portanto, a branquitude precisa ser considerada 'como a posição do sujeito, surgida na confluência de eventos históricos e políticos determináveis' (STEYN, 2004, p.121). Neste sentido, ser branco tem significados diferentes compartilhados culturalmente em diferentes lugares. Nos EUA ser branco está estritamente ligado à origem genética de cada pessoa; no Brasil está ligado à aparência, ao *status* e ao fenótipo; na África do Sul fenótipo e origem são importantes demarcadores de branquitude. (...) Assim a branquitude é entendida como uma posição em que sujeitos que ocupam essa posição foram sistematicamente privilegiados no que diz respeito ao acesso a recursos materiais e simbólicos, gerados inicialmente pelo colonialismo e pelo imperialismo, e que se mantêm e são preservados na contemporaneidade. Portanto para entender a branquitude é importante entender de que forma se constroem as estruturas de poder concretas em que as desigualdades raciais se ancoram" (SCHUCMAN, 2014, p.55-56).

Igo Gabriel dos Santos Ribeiro (2017), têm se ancorado nas teorias de Michel Foucault (1992) para discorrer sobre as relações raciais no Brasil e no mundo. Sabe-se que os estudos sobre poder, biopolítica, biopoder e racismo de estado permitem ricas análises acerca do racismo e do colonialismo. Desse modo, conclui-se este item com uma citação de Frantz Fanon (1991) retirada do artigo de Achille Mbembe (2016, p. 39), que destaca como o necropoder opera:

> A cidade do povo colonizado (...) é um lugar de má fama, povoado por homens de má reputação. Lá eles nascem, pouco importa onde ou como; morrem lá, não importa onde ou como. É um mundo sem espaço; os homens vivem uns sobre os outros. A cidade do colonizado é uma cidade com fome, fome de pão, de carne, de sapatos, de carvão, de luz. A cidade do colonizado é uma vila agachada, com uma cidade sobre seus joelhos.

Essa lógica de exclusão e morte que tem se estruturado ao longo dos anos muitas vezes opera institucionalmente, impedindo a população negra (em especial) de gozar dos direitos da cidadania. A noção de racismo institucional irá ajudar a pensar mecanismos de visibilidade e de intervenção em relação ao racismo.

1.4. Racismo institucional

López (2012, p.122) considera que "nesses debates que apontam legitimar (ou deslegitimar) a existência do racismo e a pertinência da raça como conceito analítico a respeito da realidade brasileira, pouco lugar têm as reflexões sobre os mecanismos do racismo nas instituições".

O racismo institucional (RI), aqui tomado como "o fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas devido a sua cor, cultura, origem racial ou étnica" (DFID; CRI, 2007, p. 2), não é um conceito novo. Há discussões sobre o RI desde 1960.

Em 1960, o RI estava "vinculado a contextos pós-coloniais de empoderamento e (re)definição de sujeitos políticos negros em âmbito transnacional" (López, 2012, p. 127). Nessa tônica de criação e implementação de políticas de reparação racial em 1967, o Partido dos Panteras Negras protagonizou a luta pelos direitos civis de negros(as) norte-americanos(as) com a promoção de políticas de igualdade racial. Para isso, o conceito de RI é

largamente utilizado, com publicação precursora no livro *Poder negro* (CARMICHAEL; HAMILTON, 1967). Denunciando a capacidade intencional do racismo de privilegiar determinadas raças em detrimento de outras, mantendo a subalternização de negros em relação a brancos, o livro não apenas demonstra esse panorama político e estrutural como oferece estratégias para promover o poder negro (LÓPEZ, 2012).

A mesma autora afirma que, na Inglaterra, o conceito de RI é utilizado a partir de 1980, como um utensílio fundamental na criação e na implementação de políticas públicas, em especial no âmbito judiciário desse país, após reivindicações da comunidade negra local, que percebia o aumento de práticas racistas concomitante a uma crise econômica e política da época. Dez anos depois, a Inglaterra deparava-se com a criação da Comissão para Igualdade Racial do Reino Unido (Comission for Racial Equality – CRE), que fomentava discussões públicas sobre a temática e sua interface com o sistema judiciário, em 1993, inclinando-se para as mortes de jovens negros no país (LÓPEZ, 2012).

Segundo López (2012, p. 128), no Brasil,

> a partir de 1990 e, mais especificamente, no começo dos anos 2000, o movimento negro dissemina o debate, no governo brasileiro, para a efetivação dos compromissos pela promoção de igualdade racial no país, assumidos transnacionalmente na Conferência Mundial contra o Racismo de 2001 (...). A mobilização então realizada ampliou o debate público sobre a questão racial e sobre como o poder público poderia desenvolver atividades efetivas de desconstrução do racismo, ao mesmo tempo em que propiciou contato e conhecimento mais amplos com experiências que estavam sendo desenvolvidas em outros países.[26]

Conforme afirmado anteriormente, sabe-se que "o racismo é uma programação social e ideológica a qual todos estão submetidos" (LOPES, 2005, p.62), todavia, o RI se dá diferentemente do racismo interpessoal. Na esfera interpessoal, "o racismo manifesta-se em atos de violência de indivíduos brancos que causam mortes, danos, feridas, destruição de propriedades, insultos contra indivíduos negros" (LÓPEZ, 2012, p.127). Em contrapartida, no âmbito do RI,

[26]"Dentro dessa cartografia pode ser considerado o Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI), implementado, no Brasil em 2005, por meio de uma parceria que contou com: a SEPPIR, o Ministério Público Federal, o Ministério da Saúde, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Departamento Britânico para o Desenvolvimento Internacional e Redução da Pobreza (DFID), como agência responsável pela administração dos recursos alocados para o programa. O PCRI, no Brasil, tem como foco principal a saúde" (CRI, 2006 *apud* LÓPEZ, 2012, p. 128).

> aparece menos identificável em relação aos indivíduos específicos que cometem esses atos, mas não por isso menos destrutivo de vidas humanas. Origina-se no funcionamento das forças consagradas da sociedade, e recebe condenação pública muito menor do que a primeira forma. Dá-se por meio da reprodução de políticas institucionalmente racistas, sendo muito difícil de se culpar certos indivíduos como responsáveis. **Porém, são os próprios indivíduos que reproduzem essas políticas. Inclusive, as estruturas de poder branco absorvem, em muitos casos, indivíduos negros nos mecanismos de reprodução do racismo**. (LÓPEZ, 2012, p. 127, grifo nosso)

O reconhecimento do racismo institucional levou o Ministério da Saúde, o Ministério Público Federal, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, a Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério do Governo Britânico para o Desenvolvimento Internacional a criar, no ano de 2001, o Programa de Combate ao Racismo Institucional, sob a supervisão da Agência Brasileira de Cooperação. Esse programa visava colaborar para a criação e a implementação de políticas que reduzissem a pobreza, por meio do combate do racismo institucional, considerando que o racismo gera desigualdades determinantes para a ratificação da pobreza (DFID; CRI, 2007).

A implementação desse programa permitiu concluir que "é preciso tornar o racismo visível, para que as instituições possam combatê-lo quando se manifesta nas atitudes e práticas de seus funcionários, nas suas ações finalísticas" (DFID; CRI, 2007, p. 121). Trazer as práticas institucionais racistas para a esfera manifesta permite a criação de ações preventivas, que podem colaborar para a mudança das culturas institucionais.

> O combate e a prevenção ao racismo institucional pedem medidas não apenas de caráter normativo, proibitivo, mas ações eficazes que permitam, ao mesmo tempo, perceber e internalizar a compreensão do sofrimento causado pelo preconceito racial e a exclusão social resultante da discriminação racial. Isto extrapola o plano individual, tanto para o discriminador, quanto para o discriminado: envolve a forma como as instituições operam com o estado de invisibilidade e visibilidade do pertencimento racial dos indivíduos e a rapidez com que a racialidade destes se conecta ou se desconecta dos corpos/discursos, por vezes enganando, confundindo a materialização dos efeitos psicossociais do racismo, mesmo numa sociedade em que a inscrição fenotípica é bastante valorizada. (DFID; CRI, 2007, p. 122)

Constatar que o racismo, seja na dimensão interpessoal seja na dimensão institucional, pode gerar sofrimento psíquico, com possíveis efeitos psicossociais, leva ao próximo capítulo

desta pesquisa, no qual o racismo será problematizado como causador de iniquidades em saúde, mais especificamente no campo da saúde mental.

CAPÍTULO 2

RACISMO E PRODUÇÃO DE INIQUIDADES EM SAÚDE/SAÚDE MENTAL

O LOUCO

Perguntais-me como me tornei louco.
Aconteceu assim:

Um dia, muito tempo antes de
muitos deuses terem nascido,
despertei de um sono profundo e
notei que todas as minhas
máscaras tinham sido roubadas –
as sete máscaras que eu havia
confeccionado e usado em sete
vidas – e corri sem máscara pelas
ruas cheias de gente gritando:
'Ladrões, ladrões, malditos
Ladrões!'

Homens e mulheres riram de mim e
alguns correram para casa, com
medo de mim.

E quando eu cheguei à praça do
mercado, um rapaz no cimo do
telhado de uma casa gritou: "É um
louco!" Olhei para cima, para vê-lo.

O sol beijou pela primeira vez a
minha face nua.

Pela primeira vez, o sol beijava a
minha face nua, e a minha alma
inflamou-se de amor pelo sol, e não
desejei mais as minhas máscaras.

E como num transe, gritei:
"Benditos, benditos os ladrões que
roubaram as minhas máscaras!"

Assim tornei-me louco.

E encontrei tanta liberdade como
segurança na minha loucura: a
liberdade da solidão e a segurança
de não ser compreendido, pois
aquele que nos compreende
escraviza alguma coisa em nós[27].

[27] GIBRAN, Gibran Khalil. **O louco**. Rio de Janeiro: Associação Cultural Internacional, 1973.

Neste capítulo, serão trabalhados dois eixos. O primeiro deles analisa o atrelamento entre raça negra e loucura no Brasil durante quatro períodos: o século XIX, no Hospital Nacional de Alienados, com as experiências de Dr. Henrique Roxo; as primeiras décadas do século XX, com Dr. Pacheco e Silva e a Liga Paulista de Higiene Mental no Hospital do Juquery; a segunda metade do século XX, no Hospital de Colônia; e os anos 2000 com o Censo Psicossocial de Moradores em Hospitais Psiquiátricos Próprios e Conveniados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado de São Paulo. O segundo eixo traz à tona a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) e o quesito cor como pontos essenciais ao combate das iniquidades de saúde no SUS.

2.1. População negra e manicomialização

A vinculação entre população negra e loucura é secular no Brasil. Porém, é salutar reconhecer a intencionalidade desse atrelamento, que percorre distintos contextos sociais e políticos ao longo dos anos.

A "construção e desconstrução do crioulo doido" (NASCIMENTO, 2003) é histórica, política e social. Ela teve, no decorrer do tempo, diferentes intencionalidades e formas: o abono das crises socioeconômicas das primeiras décadas do regime republicano, em razão da abolição da escravatura; a famigerada busca antiabolicionista; a "arianização"; o combate de vícios como o álcool e o tabaco; o incentivo de "bons hábitos, atividade física e intelectual"; a política do branqueamento; o controle de imigração dos considerados "inaptos"; a proibição de casamento entre os ditos "anormais"; a esterilização dos "degenerados"; o genocídio da população pobre, preta e periférica; a guerra às drogas; e o combate ao *crack* (SERRA; SCARCELLI, 2014; BARROS et al., 2014; NASCIMENTO, 2003; SCHWARCZ, 1993; HART, 2014; SMALL, 2016). Independentemente de sua forma e ação, o escopo central dessas práticas, ao longo dos anos, tem sido o controle social a partir da interseccionalidade[28] raça/cor, classe social e gênero.

Conforme afirmado anteriormente, este item fará referência à manicomialização da população negra em quatro períodos distintos. O primeiro deles é um período já explorado no

[28]"A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras" (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Capítulo 1: o racismo científico das últimas décadas do século passado, que aproximou raça e loucura, tratando a comunidade negra da época como intelectualmente inferior e/ou degenerada (ENGEL, 1998/1999).

> Sempre ciosos de resguardar a vastidão e a imprecisão dos limites definidores da doença mental, os psiquiatras partiram do princípio de que a loucura não escolhia raça, o que não os impediu de construir, sub-repticiamente, relações bastante próximas entre doença mental e as raças consideradas inferiores. (ENGEL, 1998/1999, p.5)

Engel (1998/1999), ao analisar a obra do Dr. Henrique Roxo (1904), verificou que o médico se ancorava na comunidade científica do Rio de Janeiro para postular suas associações entre raça negra e inferioridade intelectual, loucura e degeneração. Tal associação "poderia ser utilizada como um instrumento importante para justificar e legitimar a implantação de mecanismos mais sutis de controle social" (ENGEL, 1998/1999, p.5).

O Dr. Henrique Roxo analisou o "Quadro estatístico dos doentes internados no pavilhão de observação do Hospital Nacional de Alienados – HNA (1894-1903)", reproduzido no Quadro 1, a seguir. Para sua surpresa, o número de pretos e pardos somados é inferior ao número de brancos, na grande maioria dos anos, o que levou o médico a fazer as seguintes observações: "a taxa de negros internados era considerável e, neste sentido, argumenta que os brancos incluíam os estrangeiros e que os pretos eram quantitativamente inferiores aos brancos na cidade do Rio de Janeiro" (ENGEL,1998/ 1999, p.6).

Quadro1 – Quadro estatístico dos doentes internados no pavilhão de observação do Hospital Nacional de Alienados (1894 -1903).

Ano	População total	Brancos	Pardos	Pretos
1894	418	217	91	110
1895	606	349	130	127
1896	623	389	128	106
1897	704	381	151	172
1898	707	396	179	152
1899	697	379	168	150
1900	615	356	132	127
1901	608	333	153	122
1902	614	328	159	127
1903	657	321	203	133

Fonte: Engel, 1998/1999, p. 6.

O médico constatava uma presença percentual maior de pretos e pardos internados em comparação aos brancos quando comparava com a população da cidade do Rio de Janeiro, embora não tenha feito um levantamento quantitativo rigoroso. Contudo, sua principal intenção não era essa. Era, sim, a psicopatologização da população negra, comprovando uma falaciosa ideia de inferioridade e periculosidade.

> Analisando o quadro (...) ele afirma, por exemplo, que a mania é mais rara nos negros do que a *lypemania* (melancolia delirante), argumentando ser a primeira "uma manifestação dos cérebros de evolução normal" e, portanto, mais rara nos "tipos da raça inferior", enquanto em relação à segunda "temos observado ser própria dos cérebros menos inteligentes". Afirma ainda que a imbecilidade não seria muito frequente nos pacientes negros,

> mas apressa-se a esclarecer estar se referindo às manifestações mórbidas, uma vez que: "As raias da imbecilidade atingem, em geral, todos os pretos". (ENGEL, 1998/1999, p.6)

Com esses e outros argumentos, o psiquiatra conclui sua tese justificando não apenas as internações da população negra em manicômios, mas a suposta inferioridade dessa população, o que abonaria determinados tipos de relações sociais e de trabalho hierarquizadas racialmente, tornando-se um modo de controle social.

Aproximadamente um século mais tarde, nas primeiras décadas do século XX, ainda na região Sudeste do país, porém, na cidade de São Paulo, outro famoso médico psiquiatra praticava a manicomialização com princípios eugenistas, dessa vez, com crianças: "o Juquery, nesse momento, servia de palco de uma psiquiatria experimental que buscava solucionar as dificuldades enfrentadas pelo crescimento da cidade de São Paulo" (SERRA; SCARCELLI, 2014, p.86).

Em nome e em busca do "mito da raça paulistana", aperfeiçoado por uma ideologia de heróis bandeirantes, [29] políticas eugenistas foram implementadas, buscando a normalização, a disciplina e o branqueamento. O médico psiquiatra Pacheco e Silva foi um dos grandes protagonistas desse processo, como mostram as autoras Serra e Scarcelli (2014, p. 93):

> O argumento central em favor do tratamento de internação para os "menores anormais" era que a prevenção e as medidas educativas corretivas diminuiriam os gastos do Estado com a construção de novos presídios. E Pacheco e Silva tinha convicção dessa proposta, já que estimava que metade dos presidiários apresentavam anomalias neuropsíquicas que poderiam ter sido evitadas pela assistência precoce e o tratamento adequado.

Desse modo, o psiquiatra justificava a internação de crianças. Indicava que isso deveria acontecer o mais cedo possível, assim, os riscos seriam menores para a sociedade. A internação das crianças em hospitais psiquiátricos, segundo o médico, permitiria a investigação da "personalidade delinquente". Tratava-se de uma pesquisa

[29] "O mito de uma 'raça paulistana', herdeira dos bandeirantes, povoou o imaginário da população. A reputação de um povo pioneiro e desbravador, que ampliou o território da nação em busca de ouro, foi explorada pelos dirigentes paulistas da Primeira República para conquistar espaço na política nacional. As elites paulistas creditavam ao 'sangue nobre bandeirante' a responsabilidade pelo progresso e pelo desenvolvimento nacional" (MOTA, 2005 *apud* SERRA; SCARCELLI, 2014).

que utilizaria a metodologia de “decomposição sintética da personalidade”, que comportaria a análise de fatores biográficos, genealógicos e sociológicos, que iriam compor essa “personalidade”, “deformando” o indivíduo com o passar dos anos (PACHECOE SILVA *apud* SERRA; SCARCELLI, 2014).

Pacheco e Silva, embora fosse jovem, era um influente médico, com importante entrada no cenário político da época. Suas apostas clínicas recebiam financiamento, o que permitiu a construção da Escola Pacheco e Silva, dentro do Hospital do Juquery, em 1929, para estudar os “menores anormais” e “abandonados”, buscando a prevenção e a cura da delinquência (SERRA; SCARCELLI, 2014).

Mais uma vez, a psiquiatria foi aplicada em busca de padrões normativos, propondo a “delinquência” como “consequência das patologias específicas de cada menor, e o crime seria compreendido pelas disfunções ‘anormais’ do corpo, fosse por herança biológica, fosse pelas condições de vida, e não como reflexo de estruturas econômicas, sociais e políticas” (SERRA; SCARCELLI, 2014, p.93).

> Percebemos que o aumento do contingente populacional nas cidades paulistas pressupunha, aos psiquiatras da LPHM, [30] novas formas de *ordenar* e *controlar* a vida. Nesse sentido, amparados pelo caráter científico da higiene mental e da eugenia, ações profiláticas, preventivas e restritivas foram utilizadas de diversas formas com o intuito de “aperfeiçoar” a genética populacional.
>
> Vimos como a ideia de uma raça “pura”, tão utilizada em países europeus, precisou ser revista e adaptada às condições brasileiras. Se somos um país de miscigenados, essa característica não poderia fadar o fracasso brasileiro. Para evitar o descontentamento dos ideais de uma raça superior, a mistura racial foi bem aceita e encarada com certo otimismo. Para os psiquiatras da LPHM, se houvesse a miscigenação, em algumas décadas haveria o embranquecimento populacional. (SERRA; SCARCELLI, 2014, p.94)

É necessário frisar que esse processo eugenista com foco na infância ocorreu em razão da incumbência de médicos psiquiatras cumprirem um projeto de excelência racial para o estado (SERRA; SCARCELLI, 2014), no qual negros não iriam fazer parte do “mito da raça paulistana”.

Um terceiro período a ser abordado, são as décadas de 1960 a 1980, período marcado pela vigência do regime de ditadura militar. As informações referentes ao quantitativo de negros(as) em manicômios nesses anos são praticamente inexistentes

[30] LPHM é a sigla para Liga Paulista de Higiene Mental.

ou pouco confiáveis, uma vez que os militares combatiam veementemente a coleta do quesito raça/cor e outras ferramentas/pautas do(s) movimento(s) negro(s) da época. "Com a instauração da ditadura do 'Estado Novo', em 1937, a Frente Negra Brasileira, assim como todas as demais organizações políticas, foi extinta. O movimento negro, no bojo dos demais movimentos sociais, foi então esvaziado" (DOMINGUES, 2007, p.107).

A herança manicomial racista dos anos antecedentes, somadas às difíceis condições vigentes no Brasil impostas pela ditadura militar, desde 1964, fizeram com que a população negra compusesse maioria nos presídios manicomiais. Mesmo sem os dados estatísticos da época,[31] essa afirmação se sustenta em registros fotográficos do período. Daniela Arbex, em seu livro *Holocausto brasileiro*, publicado em 2013, apresenta uma gama de imagens que permite essa compreensão (Figuras 1 a 8).

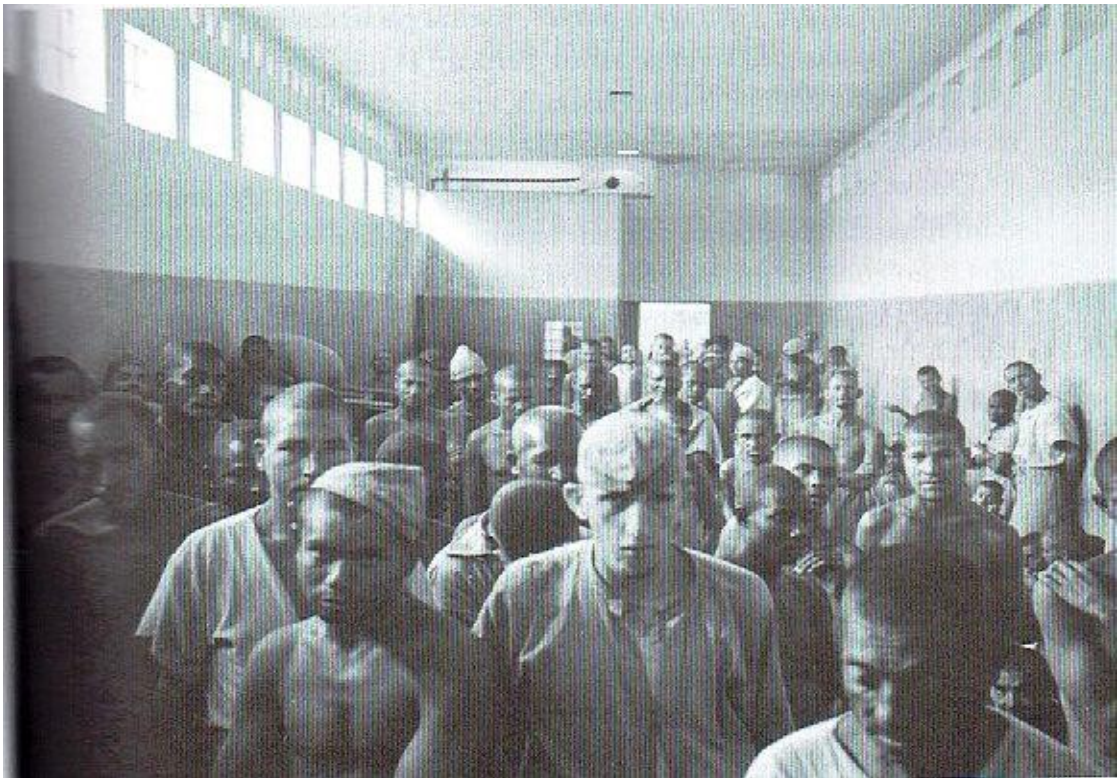


Figura 1 – Pavilhão Afonso Pena. Hospício de Barbacena.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p.29.

[31]São apresentados aqui os registros fotográficos como elementos de visibilidade, mas cabe destacar também a existência de estudos historiográficos importantes sobre a população dos manicômios brasileiros. Este é o caso de *O espelho do mundo – Juquery, a história de um asilo* (CUNHA, 1986) e *Nos porões de loucura* (FIRMINO, 2014).

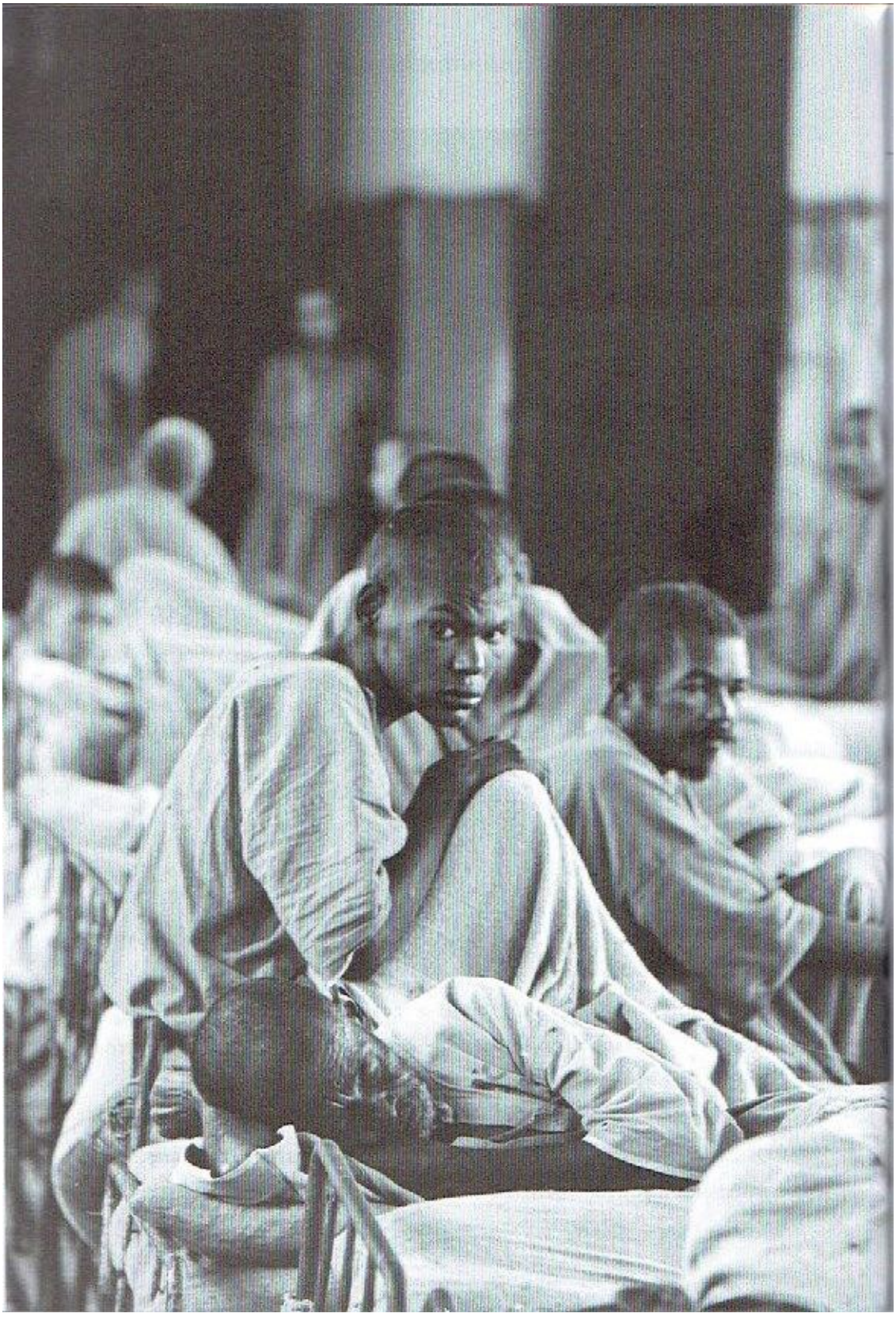


Figura 2 – Negros nos leitos do Hospital Colônia.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p.202.

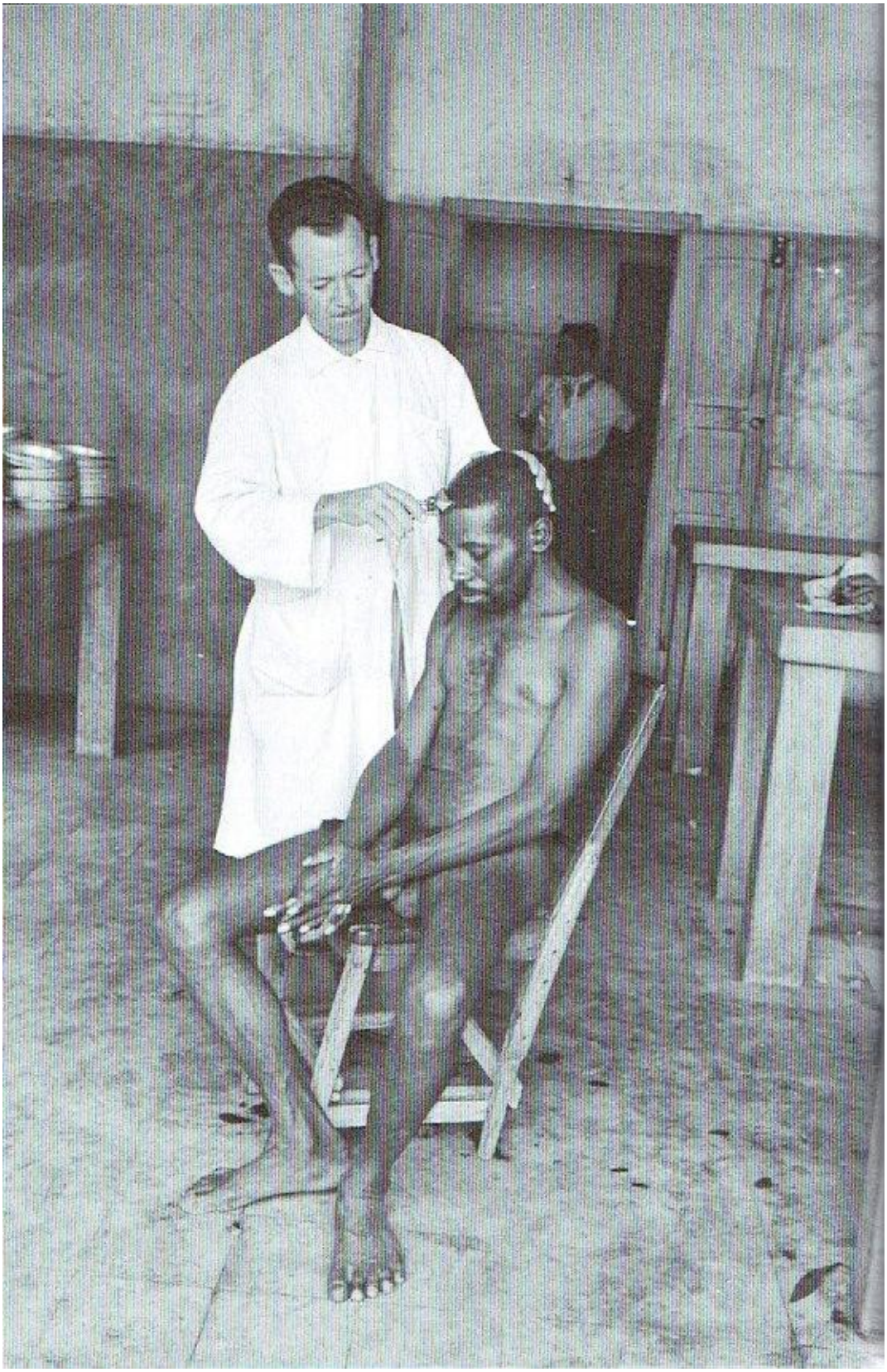


Figura 3 – Homem negro nu, tendo seu cabelo raspado.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p.12.

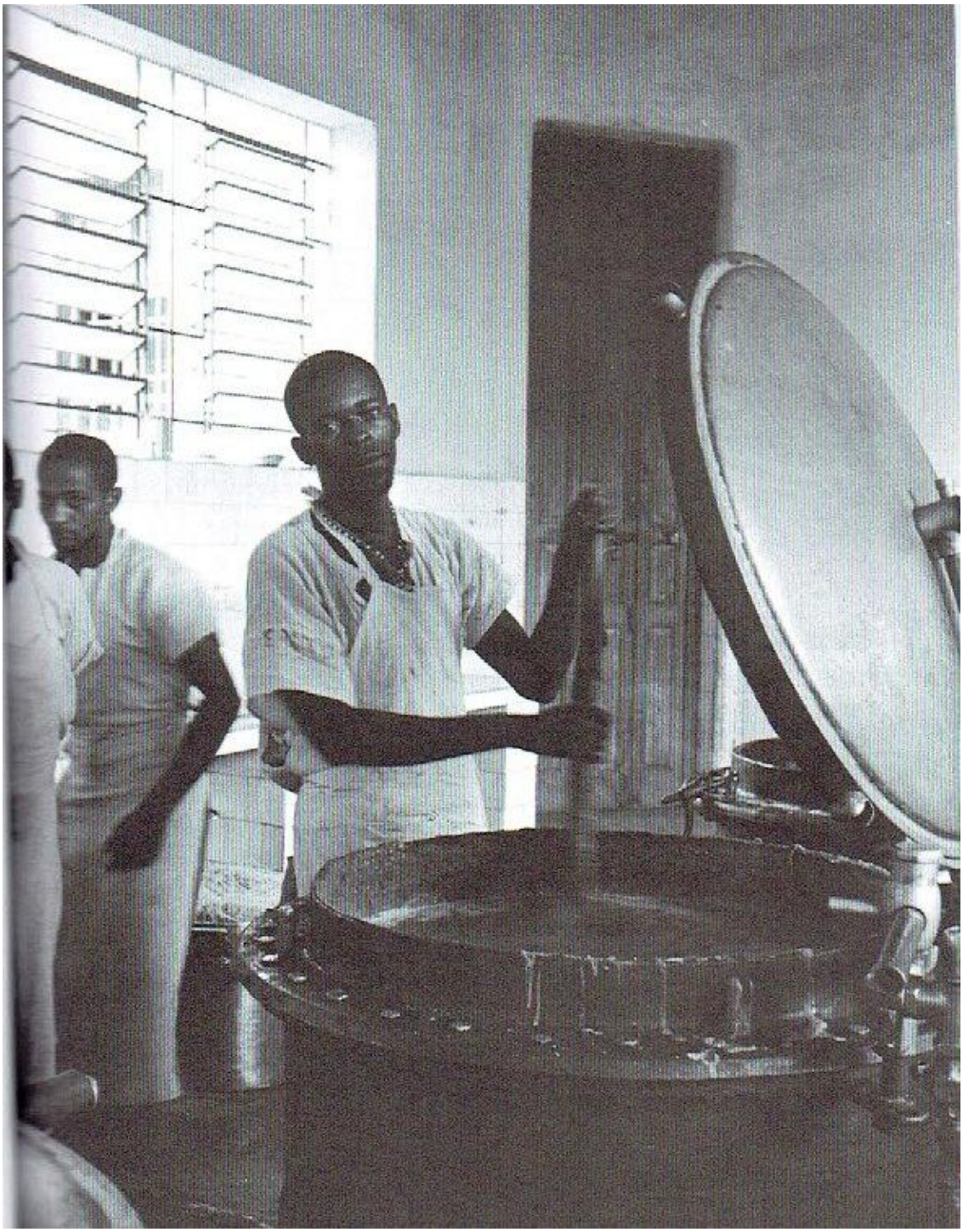


Figura 4 – Homens negros cozinhando no Hospital Psiquiátrico Colônia.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p.205.

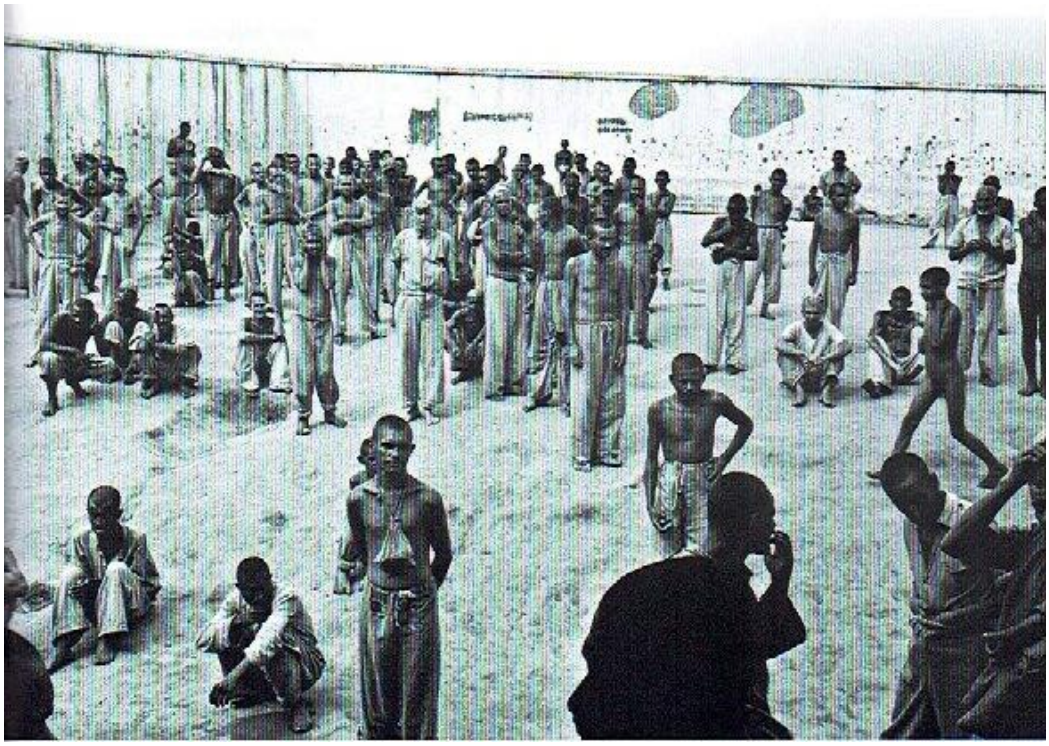


Figura 5 – Pátio do Hospício de Barbacena.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, s/p.

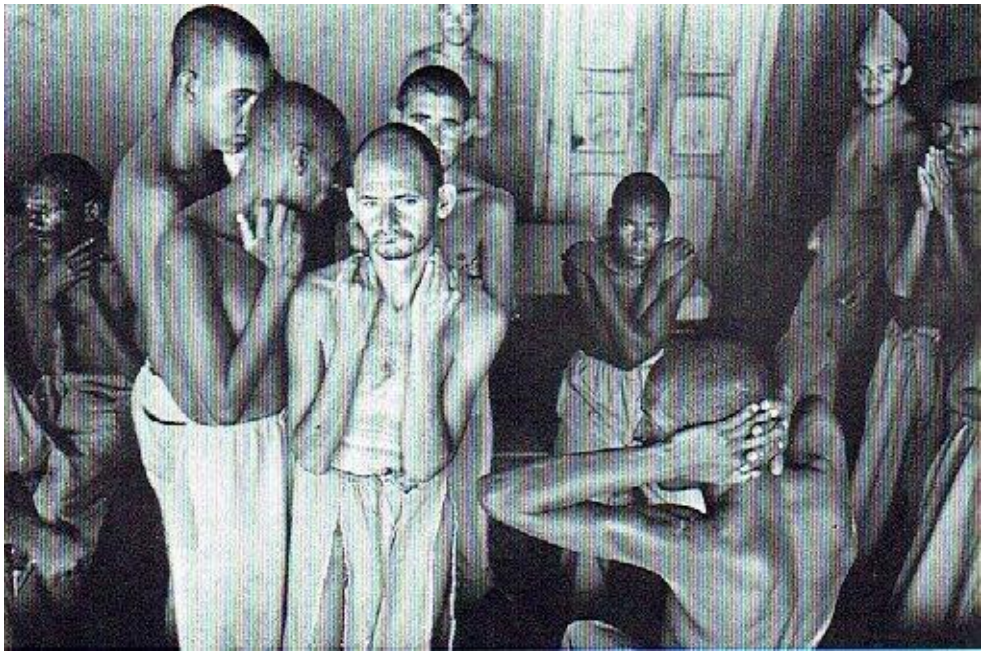


Figura 6 – Homens negros em maioria, vestindo trapos.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, s/p.

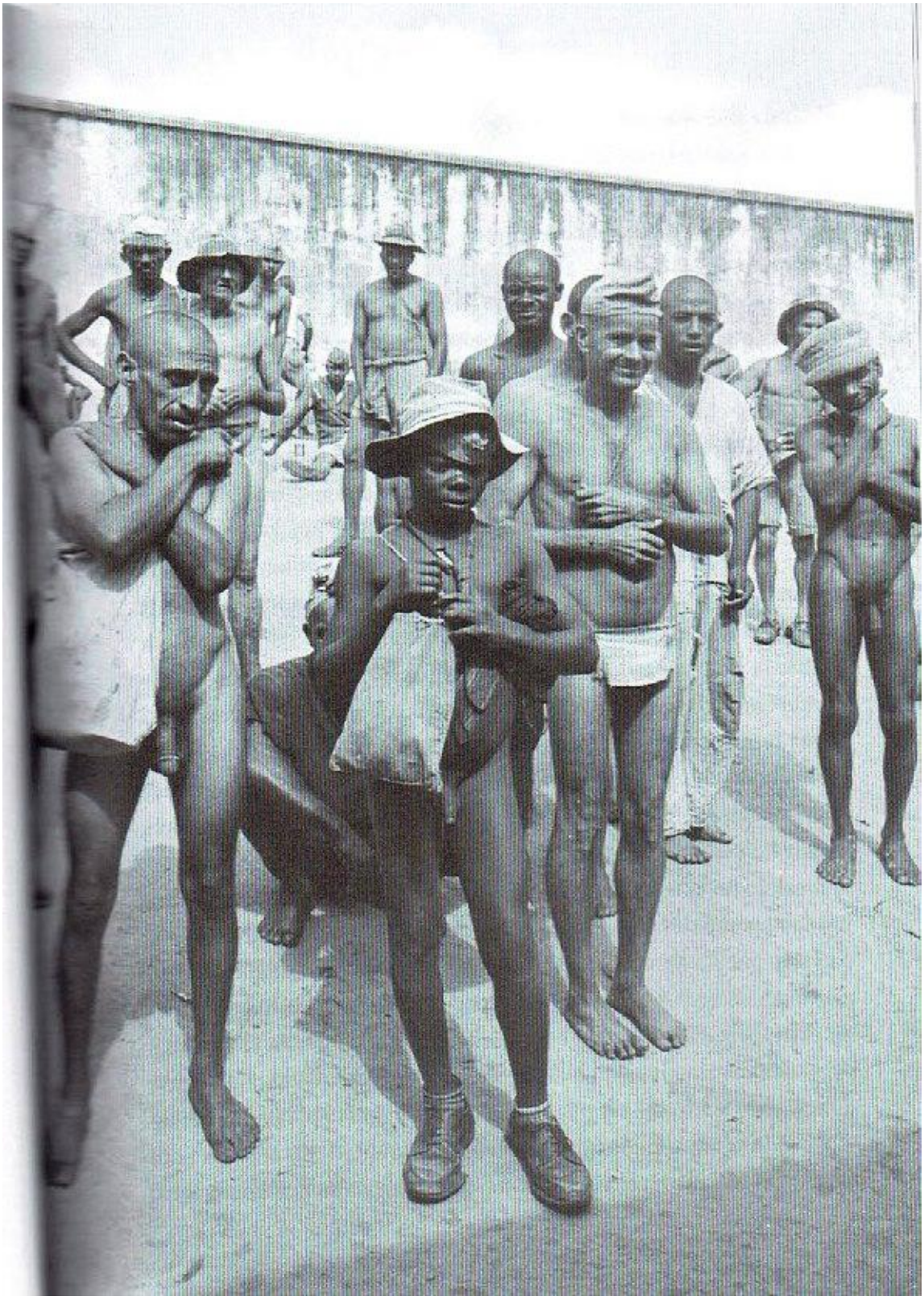


Figura 7 – Muitos negros nus no pátio do manicômio.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 49.

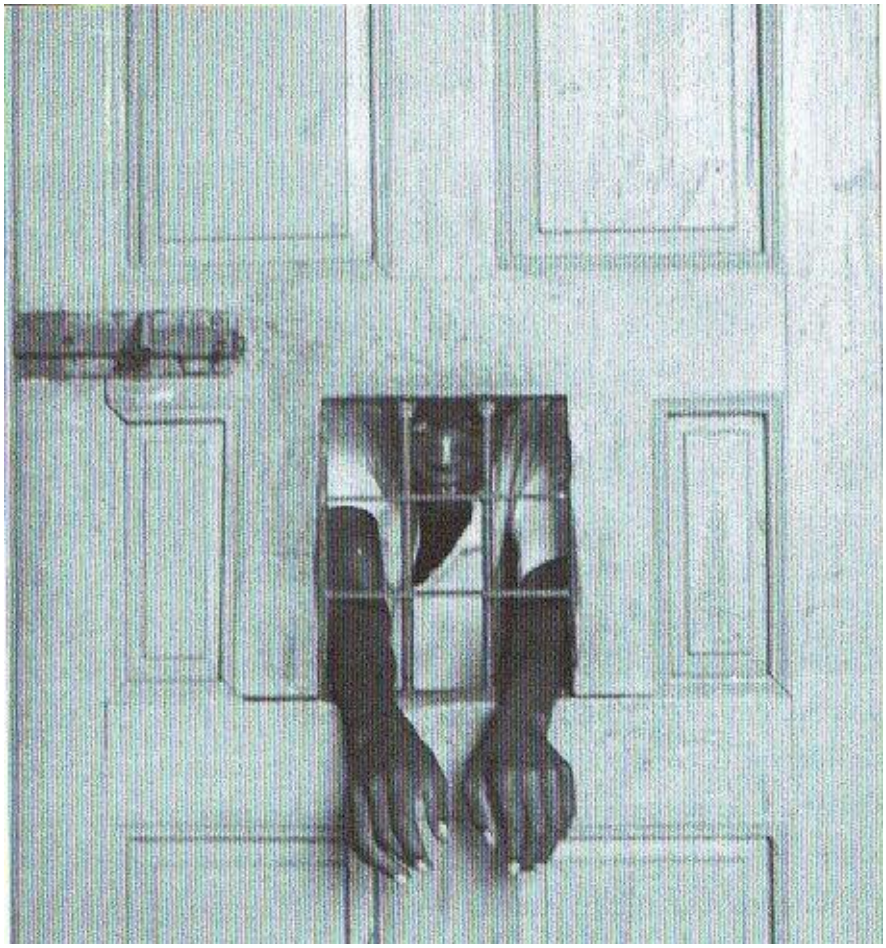


Figura 8 – Negro trancado/preso nas acomodações/celas do Hospital Psiquiátrico Colônia.

Fonte: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013, p. 226.

Embora de um período anterior ao citado,[32] os relatos (autobiográficos) de Lima Barreto[33] (2010) nos livros *Diário do hospício* e *O cemitério dos vivos* poderiam servir de legendas para as fotos apresentadas anteriormente, pois evidenciam, como as fotos, a realidade racial dos hospitais psiquiátricos.

[32]"As primeiras anotações de *Diário do Hospício* datam de 4 de janeiro de 1920" (BOSI, 2010, p.12).

[33]Schwacz (2017), ao publicar a biografia do escritor, descreve datadamente as duas internações e a alta: "18 DE AGOSTO [de 1919]: Durante uma crise alcoólica, precisa ser contido para não destruir a casa da família, acometido por delírios persecutórios. Acredita que a polícia vai prendê-lo por suas opiniões políticas. (...) é levado num carro-forte da polícia e internado no Hospital de Alienados, na praia da Saudade (Botafogo). O escritor fica na Seção Pandemônio. Recebe tratamento com ópio. (...) 13 de outubro alta do hospital. (...) 1919 | DEZEMBRO: Segunda internação no Hospital dos Alienados, depois de novo surto psicótico, internado na Seção Calmeil, testemunhará no final de janeiro uma rebelião dos pacientes contra as más condições de tratamento. A temporada na praia da Saudade origina as notas de *Diário do hospício*, que por sua vez serve de base ao inacabado *O cemitério dos vivos.* (...) 1920 | 2 DE FEVEREIRO: recebe alta."

> Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos, a imagem que se fica dele é que tudo é negro. O negro é a cor mais cortante, mais impressionante; e, contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento. É uma luz negra sobre as coisas, na posição de que, sob essa luz, o nosso olhar pudesse ver alguma coisa. (BARRETO, 2010, p.211)

Segundo Barreto (2010), a polícia era responsável pela condução das pessoas aos hospícios da época, e a escolha de quem seria internado/preso partia de uma *mania de generalizações infantis dos policiais*. Para o literato[34], a polícia considerava todos os negros malandros, os estrangeiros caftens e os loucos furiosos. Brum (2013, p. 14), ao prefaciar o livro de Arbex, aponta que, entre os internos, "cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder".

Por fim, chega-se aos anos 2000, mais especificamente a partir de 30/11/2007, data adotada como linha-base para o Censo Psicossocial de Moradores em Hospitais Psiquiátricos Próprios e Conveniados pelo SUS do estado de São Paulo, com Tempo de Internação Igual ou Superior a um Ano (BARROS; BICHAFF, 2008).

O censo citado "identificou que 6.349 pessoas moram em 56 dos 58 hospitais psiquiátricos existentes no estado". Quando os autores analisaram os números, "constataram que, enquanto 27,4% da população do estado de São Paulo se autodeclara preta e parda, entre os moradores dos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo, esse percentual é de 38,36%" (BARROS et al., 2014, p.1.237).

Barros et al. (2014, p. 1.239) consideram que os números apontados pelo censo permitem constatar uma presença maior de moradores negros em hospitais psiquiátricos do que quando comparado com a população geral no estado de São Paulo. Os autores sugerem que é importante pensar sobre o "impacto dos processos ininterruptos de preconceito, exclusão, abandono e apartamento social na saúde mental; sobre populações vulneráveis e saúde mental e/ou sobre os 'efeitos psicossociais do racismo".

A pesquisa não se limitou aos números de moradores nos hospitais psiquiátricos. Foram analisados aspectos como a situação conjugal dos moradores

[34] Que se autodeclarava negro.

internados e os dados de escolaridade. Em ambos os aspectos, a condição da população negra chama a atenção: “o estado civil informado é predominantemente solteiro tanto para homens (média de 84,7% para pretos e pardos) quanto para mulheres (média de 74% para pretas e pardas) (...) na população total do censo, o percentual é de 82,1%” (BARROS et al., 2014, p.1.240).

> A lógica da organização das instituições totais é arquitetada para que não ocorram encontros, os pátios são separados, os horários de banho e sol são separados, a vida segue o ritmo institucional, os desejos ficam submetidos à censura dos vigias. Essa lógica, sustentada nos princípios eugênicos e profiláticos do final do século XIX e princípio do século XX no Brasil, silencia a expressão das formas particulares de existência. (BARROS et al., 2014, p.1.240)

Segundo os autores, os dados sobre escolaridade são espantosos, chegando a somar 70% de “analfabetos”; destes, 9% sabem apenas escrever o próprio nome. “Essa realidade mostra-se mais perversa em relação aos pretos e pardos, pois esse extrato da população moradora totaliza 64,8% de analfabetos entre os seus 2.435 não cidadãos” (BARROS et al., p.1.241).

> A barreira do analfabetismo aprofunda os mecanismos de exclusão social dessa população porque a impede de exercer o ato mínimo de sobrevivência, que é ler e compreender o mundo. Por meio da leitura e da escrita é possível ampliar repertórios pessoais, ajuizar valores e eventos, participar da vida política e civil, organizar-se como cidadão de direitos.
>
> A escolaridade de mulheres e homens brancos distribui-se entre os diferentes níveis de escolaridade. Dentre os pretos e pardos prevalecem os não alfabetizados. O analfabetismo expressa mais um dos direitos negados a essas pessoas, e aprofunda os mecanismos de exclusão social, dificultando sua participação na vida política e civil. (BARROS et al., 2014, p.1.241)

Quando são investigados os motivos de permanência nos hospitais psiquiátricos, o estudo demonstra a “precariedade social”, aqui entendida como a inexistência de uma morada fora do hospital e/ou impossibilidade de renda. Considera-se que cerca de 65,30% das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos habitam esses mesmos hospitais por causa da precariedade social somada ao transtorno mental ou às doenças clínicas. Todavia, 8,2% das pessoas (totalizando 519) estão internadas exclusivamente pela precariedade social. Essa realidade, quando analisada com o recorte raça/cor, deflagra diferentes contextos para brancos e negros:

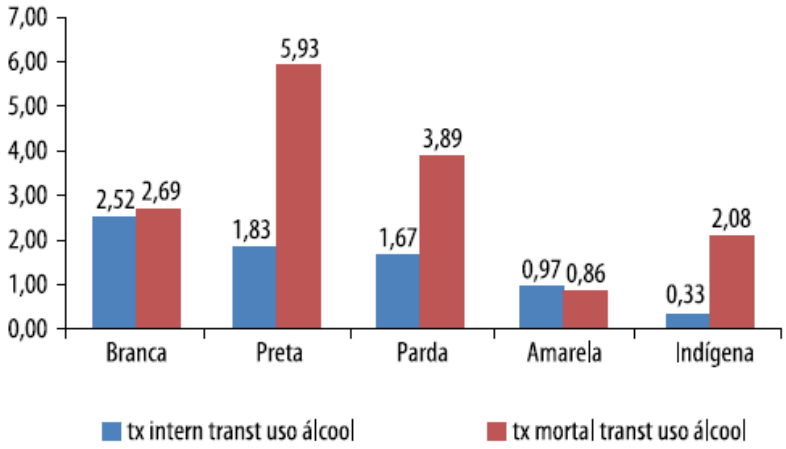
“11,4% dos moradores pretos, 9,3% dos brancos e 8,0% dos homens pardos. Dentre as mulheres esse percentual é de 8,2% entre as pretas, 6,3% entre as brancas e 4,7% entre as moradoras declaradas pardas” (BARROS et al., 2014, p.1.241).

Se for feito o exercício de ampliar a análise territorial, saindo do estado de São Paulo, direcionando-se para o território nacional, os dados continuam com a mesma tônica, mesmo quando estão focados nos considerados “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas”.

Quando são comparadas as taxas de mortalidade e de internação, percebe-se a iniquidade racial no acesso ao atendimento hospitalar, “na medida em que a mortalidade de pretos e pardos é bem maior que entre brancos, além de haver uma proporção muito maior da mortalidade em relação à internação entre pretos, pardos e indígenas” (BRASIL, 2016).

O Gráfico 1, a seguir, apresenta uma comparação entre as taxas de internação (por 10.000 habitantes) e de mortalidade (por 100.000 habitantes) por transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de álcool segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.

Gráfico 1 – Comparação entre as taxas de internação (por 10.000 habitantes) e de mortalidade (por 100.000 habitantes) por transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de álcool segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.

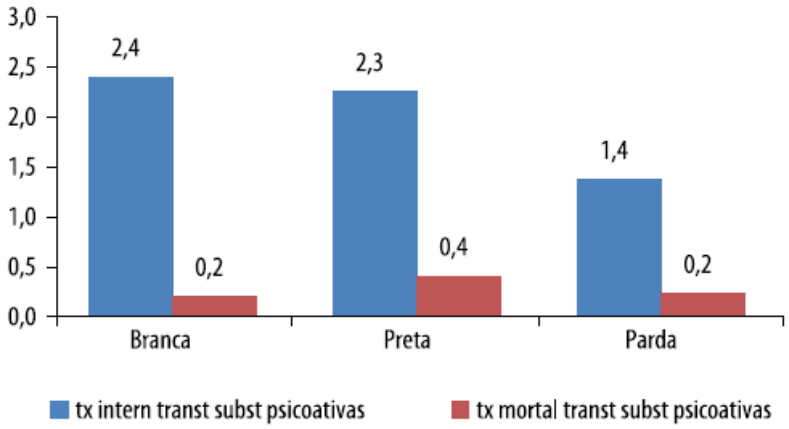


Fonte: Brasil, 2016.

As taxas de internação e de mortalidade por transtornos em razão do uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), segundo raça/cor (BRASIL; TRAD, 2012) destacam o predomínio de negros (pretos somados a pardos) internados. O percentual de brancos é de 2,4 e o de negros é de 3,7. Quando o tema é a taxa de mortalidade pelo uso de drogas, a situação se agrava, sendo "duas vezes maior entre pretos (0,4) do que brancos (0,2) e pardos (0,2)" (BRASIL, 2016), totalizando 0,6 para negros (somatória de pretos e pardos).

O Gráfico 2 apresenta uma comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por transtornos em razão do uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.

Gráfico 2 – Comparação entre as taxas de internação e de mortalidade por transtornos em razão do uso de outras substâncias psicoativas (exceto álcool), segundo raça/cor, no Brasil, em 2012.



Fonte: Brasil, 2016.

> A população negra sofre historicamente processos ininterruptos de abandono e apartamento social. O lugar por excelência do abandono e exclusão social é o manicômio, assim como outras instituições totais. Os dados consolidados comprovaram que à população negra cabe a injusta posição de prioritária no ranking da exclusão social nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. (BARROS; BICHAFF, 2008 *apud* BARROS et al., 2014, p.1.240)

Tomando os aportes de Foucault abordados no Capítulo 1, essa retomada das relações entre loucura e população negra permite construir um outro elemento de

visibilidade, como foco no campo da saúde mental, sobre como o atributo raça no Brasil impõe possibilidades diferentes para brancos e negros no processo saúde-doença-morte. O reconhecimento dessas iniquidades se fará no campo das políticas públicas no século XXI, com a proposição da Política de Saúde Integral da População Negra e da proposta de consideração do quesito cor nas práticas de saúde.

2.2. SUS e combate às iniquidades na saúde: o caso da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e do quesito raça/cor

No Estatuto da Igualdade Racial, Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, no título dos Direitos Fundamentais, que são compostos por educação, saúde, cultura, disposições gerais, esporte e lazer, o *direito à saúde* tem o *status* de capítulo primeiro. Essa posição não é uma mera coincidência, afinal, segundo dados do Portal da Saúde do SUS, em 2016, 74% dos indivíduos que utilizam o SUS se declararam pretos e pardos.[35]

O Estatuto da Igualdade Racial postula como objetivo no Art. 8, inciso I, "a promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnicas e o combate à discriminação nas instituições e serviços do SUS", e segue, no inciso II, objetivando "a melhoria da qualidade dos sistemas de informação do SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero" (BRASIL, 2010, p.16).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), de 2010, segue a mesma linha propositiva, ao abalizar 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" (BRASIL, 2010, p.37). A mesma política tem, como *objetivo geral*, "promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das

[35] Ver mais informações em:<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/sgep-noticias/27541-preenchimento-da-raca-cor-dos-usuarios-sera-obrigatorio-em-todos-formularios-dos-sistemas-de-informacao-do-sus>. Acesso em: mar. 2017 e em: <https://nacoesunidas.org/quase-80-da-populacao-brasileira-que-depende-do-sus-se-autodeclara-negra/> Acesso em: jan. 2018

desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS" (BRASIL, 2010, p.38).

A PNSIPN e o quesito raça/cor são proposições centrais para a intervenção nas iniquidades raciais em saúde, quando são não apenas reconhecidas, mas, sobretudo, trabalhadas/adensadas, como aponta o Estatuto da Igualdade Racial.

Porém, antes, faz-se necessário definir iniquidades em saúde. Elas "referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social" (WHITEHEAD, 1992 *apud* BRASIL, 2016, p.14).

> A necessidade de enfrentamento das iniquidades, presente em todas as esferas da vida pública, é um dos principais compromissos do SUS com a população. Tem como princípio o direito à atenção integral à saúde, como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, e o direito à igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer natureza. **A associação desses dois princípios exige que a atenção à saúde se organize de forma a reconhecer que as pessoas não são iguais e têm necessidades distintas de atenção, o que exige o desenvolvimento de ações voltadas à equidade.**
>
> Do ponto de vista do reconhecimento da relação entre raça/cor e saúde pública e, da aplicação de recursos na lógica da equidade, é essencial que se identifiquem as pessoas segundo suas características étnico-raciais, o que vem ocorrendo no SUS de maneira progressiva, apesar das variações substantivas quanto à qualidade da informação nas diferentes bases de dados no Brasil, incluindo as de saúde pública.
>
> Estes esforços, para além dos objetivos acima descritos, também contribuem para a reconstrução da identidade étnica e o reforço da capacidade dos próprios grupos para superar a vulnerabilidade histórica que vivenciam. (SÃO PAULO, 2015, p. 9, grifo nosso)

Sabe-se que a saúde deve ser considerada para além dos aspectos biológicos, genéticos e hereditários. As condições de saúde têm ampla relação com as condições econômicas, ambientais, territoriais, de lazer, esportivas, políticas, culturais e educacionais, interferindo no modo de nascer, viver e morrer (BATISTA; ESCUDER, 2003; LOPES, 2005). Assim, diversos estudos evidenciam que os indicadores de saúde referentes à população negra têm relação com o modo como os negros têm sido inseridos na sociedade.

Perante o exposto, para discutir a saúde da população negra, inevitavelmente leva-se em consideração os determinantes sociais de saúde (DSS).[36] Com a Portaria nº 696, de 30 de março de 1990, introduziu-se o quesito raça/cor no Sistema de Informação da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, a partir de propostas apresentadas por diversas organizações dos movimentos negros. A introdução do quesito raça/cor, além de evidenciar as iniquidades raciais, teve também como objetivo ratificar a ideia de que a saúde da população negra deve ser considerada na esfera dos DSS. Por fim, o quesito seria uma ferramenta que não apenas serviria para demonstrar esses aspectos, mas, acima de tudo, seria um instrumento com capacidade analítica dos DSS com o recorte racial.

Do ponto de vista dos DSS, "quando se analisa um mesmo grupo social, a escolaridade, a renda, o acesso a saneamento básico, bens e consumo são sempre menores entre os negros. Todos esses indicadores refletem nas condições de saúde dos indivíduos" (BATISTA; ESCUDER, 2003, p. 16). Considera-se que o racismo é fundamental para a manutenção dessas iniquidades, mantendo a população negra em três níveis de vulnerabilidade, a saber: vulnerabilidade social, vulnerabilidade programática e vulnerabilidade individual. Segundo Lopes (2003, p. 7):

> Além da inserção social desqualificada, desvalorizada (vulnerabilidade social) e da invisibilidade de suas necessidades específicas nas ações e programas de atenção e prevenção (vulnerabilidade programática), homens e mulheres negras vivem em um constante estado defensivo. Essa necessidade infindável de integrar-se e, ao mesmo tempo, proteger-se dos efeitos adversos da integração pode provocar comportamentos inadequados, doenças psíquicas, psicossociais e físicas (vulnerabilidade individual).

Quais são os desafios dos profissionais, dos gestores, da sociedade civil e dos pesquisadores que compõem as equipes e equipamentos do SUS para intervir nessas vulnerabilidades? Destacam-se três ações, às quais são consideradas imprescindíveis (observa-se que a sequência aqui apresentada não escalona grau de importância): (1) o

[36] "Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população" (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

fortalecimento da PNSIPN; (2) o enfrentamento do racismo institucional [37] (3) transversalidade do quesito raça/cor, em coleta e análise. Cada uma dessas ações serão analisadas a seguir.

A implementação da PNSIPN pode ser considerada obra de lutas sociais dos movimentos negros[38] e da SEPPIR.[39] Sua presença se deu após um longo percurso, sendo fruto dos ganhos iniciais da prática de coleta do quesito raça/cor, que no início dos anos 1990 começou a apresentar epidemiologicamente as assimetrias raciais, materializando as denúncias dos movimentos negros de que havia desigualdades raciais em saúde e distintos impactos na saúde dos diferentes grupos racializados. Esses dados ofereceram qualidade para a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra do Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº1.678/2004 (BATISTA; BARROS, 2017).

O Comitê citado elaborou um texto sobre a Política de Atenção à Saúde da População Negra, dando base para a aprovação da PNSIPN, em 10 de novembro de 2006, pelo Conselho Nacional de Saúde; em 2008, para a pactuação na Comissão Intergestores Tripartite; e, por fim, para a publicação, em 13 de maio de 2009, pelo Ministério da Saúde, da Portaria nº992/2009 (BATISTA; BARROS, 2017).

A PNSIPN emerge a partir de dois reconhecimentos. O primeiro deles é a existência do racismo – em suas esferas institucional e interpessoal –[40] e seus diversos

[37]"Esse racismo se manifesta em práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou éticos discriminados em situação de desvantagem de acesso aos benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações" (DFID; CRI, 2007, p. 2).

[38] A relação dos movimentos negros com a implementação da PNSIPN pode ser consultada em: BRASIL; TRAD, 2012.

[39]"A criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), pela Lei nº10.678, de 23 de março de 2003, como órgão de assessoramento direto da Presidência da República, com *status* de ministério, representa uma conquista emblemática do Movimento Social Negro. ASEPPIR tem como atribuição institucional promover a igualdade e a proteção dos direitos de indivíduos e grupos raciais e étnicos, por meio do acompanhamento e da coordenação das políticas de diferentes ministérios, dentre os quais o da Saúde, e outros órgãos do governo brasileiro (...). Em 18 de agosto de 2004, no encerramento do I Seminário Nacional de Saúde da População Negra, foi assinado Termo de Compromisso entre a SEPPIR e o MS, referenciado nas formulações advindas de ativistas e pesquisadores negros, contidas no documento *Política Nacional de Saúde da População Negra: uma questão de equidade* (...)" (BRASIL, 2013, p.11).

[40]"O racismo interpessoal refere-se a comportamentos discriminatórios que ocorrem entre pessoas, correspondendo ao tratamento hostil, desrespeitoso e/ou excludente direcionado às pessoas negras, motivado pela crença em sua inferioridade em razão de sua raça/cor. É definido como preconceito e discriminação em que o preconceito é o pressuposto diferencial sobre as habilidades, motivações e intenções de outros, motivado por raça; discriminação é ações diferenciais em relação a outros

efeitos na saúde; o segundo é a exposição das altas taxas de adoecimento, morbidade e mortalidade da população negra (WERNECK, 2010).

Para Barbosa e Fernandes (2005, p. 37), "uma política de saúde voltada para a população negra se assenta, contudo em bases constitucionais, uma vez que pela Lei nº8.080/90, o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática têm a epidemiologia por baliza". As mesmas autoras asseveram que a população negra traz singularidades epidemiológicas, promovidas tanto nos determinantes sociais de saúde como em doenças de componentes genéticos, como a anemia falciforme.

Para a aplicação dessa política, dois pontos são relevantes. O primeiro é "pactuação pelos(as) gestores(as) do SUS: para que gestores(as) das diferentes esferas definam as ações a serem realizadas, o período de realização, os recursos a serem utilizados, bem como formas de monitorar as ações propostas" (WERNECK, 2010, p. 20). O segundo ponto é a aplicação, nas distintas esferas do SUS: "este é o momento da descentralização da política, que implica o desenvolvimento de processos de pactuação entre estados e município, além da atuação dos conselhos de saúde estaduais e municipais" (WERNECK, 2010, p. 20). A mesma autora ainda observa:

> A descentralização aproxima a Política da população, mas pode tornar-se um momento da pulverização e da multiplicação das resistências. Assim, é importante a atuação articulada e a troca de informações e experiências com as organizações nacionais e locais das diferentes regiões, como forma de aproveitamento das experiências já testadas e bem-sucedidas. E também para adquirir mais força contra as resistências. (WERNECK, 2010, p.20)

Em um país no qual o racismo é constantemente negado e/ou naturalizado, são esperadas diversas reações de resistência e boicote quando se propõe a execução de políticas voltadas ao seu combate, por meio de condutas reparatórias, visando a equidade.

As pesquisadoras Santos e Santos (2013), com o objetivo de entender a opinião e a forma com que os(as) profissionais da atenção básica tomam a PNSIPN, foram a campo colher e analisar as narrativas dos(as) profissionais acerca da política e

---

motivados por raça, sendo intencionais ou não, incluindo também atos de omissão" (JONES, s./d., p.10-11 *apud* BRASIL, 2016).

sua aplicação no dia a dia dos serviços. Elas encontraram interpretações da PNSIPN que amplamente demonstram a resistência por parte dos(as) profissionais e até mesmo o próprio desconhecimento da PNSIPN. De seu estudo, é importante destacar o texto a seguir:

> (...) as explicações da PNSIPN contidas nos discursos dos profissionais da atenção primária são endereçadas ao mito da democracia racial, que perpassa todas as narrativas. (...) Ficou evidente que o profissional tende a não perceber a discriminação ou a insistir em sua inexistência, contribuindo, assim, para a inação do sistema frente à discriminação e, consequentemente, para sua manutenção e ampliação. (...) A questão (PNSIPN) é vista como desnecessária e promotora da discriminação. (...) De certa forma é um coro de profissionais que entoam as dissonâncias e fazem emergir falsa igualdade de uma população desigual. (SANTOS; SANTOS, 2013, p.568-569)

Para Batista e Barros (2017, p. 2), "a PNSIPN dá certo quando há compromisso de gestores(as) e técnicos(as), quando há uma efetiva coordenação do programa e quando o movimento social apoia a gestão". Os mesmos autores ponderam que a política é recente, tem apenas uma década, além do desconhecimento vigente dos(as) trabalhadores(as) do SUS e da sociedade civil como um todo a respeito do racismo, seus efeitos na qualidade de vida, no acesso e na manutenção das(os) usuárias(os) aos equipamentos e na qualidade do cuidado.

Quando gestores(as), gerentes, usuários(as) e trabalhadores(as) não se paralisam perante o desconhecimento da PNSIPN e sustentam a implementação da política, permitem com que o território vivencie alguma experiência/contato com ações de saúde de combate das iniquidades raciais. Barros e Batista (2017) demonstram em estudos que a PNSIPN vem sendo implementada ao longo do território nacional; contudo, alertam para os riscos e as ameaças aos quais essa e outras políticas estão sujeitas em relação ao cenário político atual. "Nos últimos tempos, temos assistido ao avanço de forças conservadoras, que vêm atacando vários direitos sociais, em especial aqueles que atendem as populações negra e indígena, as mulheres e comunidades gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transgêneros" (BARROS; BATISTA, 2017, p.3).

Esta pesquisa alinha-se à ideia dos(as) teóricos(as), que demandam a não descontinuidade da implementação dessa política, o que significaria a agudização da

morbimortalidade da população negra e indígena, em especial. “Esse será um retrocesso no processo de democratização no sentido da diminuição das desigualdades sociais” (BARROS; BATISTA, 2017, p.4). Observa-se que o risco se dá a todas as políticas de ações afirmativas,[41] não apenas à PNSIPN.

Outro aspecto necessário para a melhoria da saúde da população negra é o enfrentamento do racismo institucional. Pesquisas demonstram que a saúde é um dos principais campos nos quais o racismo institucional se efetiva, atingindo prioritariamente a população negra e indígena (KALCKMANN et al., 2007; LOPES, 2005; LÓPEZ, 2012; ANJOS, 2004; TAVARES; OLIVEIRA; LAGES, 2013).

Os autores citados anteriormente apontam que o racismo institucional na esfera da saúde tem efeitos decisivos no completo raio da vida, do nascimento até a morte: “a invisibilidade das doenças que são mais prevalentes nestes grupos populacionais, a não inclusão da questão racial nos aparelhos de formação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assim como o acesso aos insumos” (KALCKMANN et al., p. 148). Todos esses efeitos incidem nas diferenças brutais na qualidade de vida de brancos e de negros/indígenas.

Para Tavares, Oliveira e Lages (2013, p. 584): “o racismo institucional na saúde aparece de forma sutil na linguagem e no comportamento dos funcionários”. Para Kalckmann et al. (2007), não é incomum os profissionais de saúde minimizarem as demandas de cuidado apresentadas pela população negra. Esses autores consideram que a “ideologia do dominador” se faz cotidiana nos equipamentos de saúde, por meio da figura do profissional, que inconscientemente vincula práticas racistas calcadas em uma ideologia de subalternidade da população negra.

Os profissionais de saúde acabam reproduzindo as relações raciais hierarquizadas construídas ao longo de centenas de anos, associando cor da pele à posição hierárquica inferior, ao baixo poder aquisitivo e distinguindo condutas de cuidado entre as populações negra e branca. Observa-se que esses estudos indicam que esse fenômeno não é exclusividade dos equipamentos de saúde pública, incluindo planos de saúde diversos. Resultando no desinvestimento em saúde na população negra, que passa a desacreditar do cuidado oferecido, além da não identificação com

[41] Ver mais em: MOEHLECKE, 2002.

as propostas clínicas, não colaborando com um processo de identidade racial e subjetiva (KALCKMANN et al., 2007).

As restrições do acesso aos serviços e aos atendimentos à saúde têm a cor como variável. Essa afirmação tem garantia quando se analisa alguns fenômenos, como o território. Sabe-se que, ao analisar a concentração da população nos territórios de cidades como São Paulo levando em consideração a categoria racial e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)[42] do município (conferir as Figuras 9 e 10, a seguir), constata-se que "quanto piores as condições socioambientais do território, maior é a participação das pessoas pardas, seguidas das pessoas pretas, com as repercussões esperadas nos indicadores epidemiológicos" (SÃO PAULO, 2015, p.57).

[42] "O IDH é um índice síntese que procura captar o nível de desenvolvimento humano alcançado em uma localidade, levando em consideração três dimensões básicas: a Saúde, a Educação e a Renda. O índice é uma média simples dos subíndices encontrados para cada uma dessas dimensões. Inicialmente desenvolvido pelo PNUD para comparação internacional, foi adaptado, no Brasil, para o nível municipal e intramunicipal, recebendo a denominação de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDH-M" (SÃO PAULO, 2009).

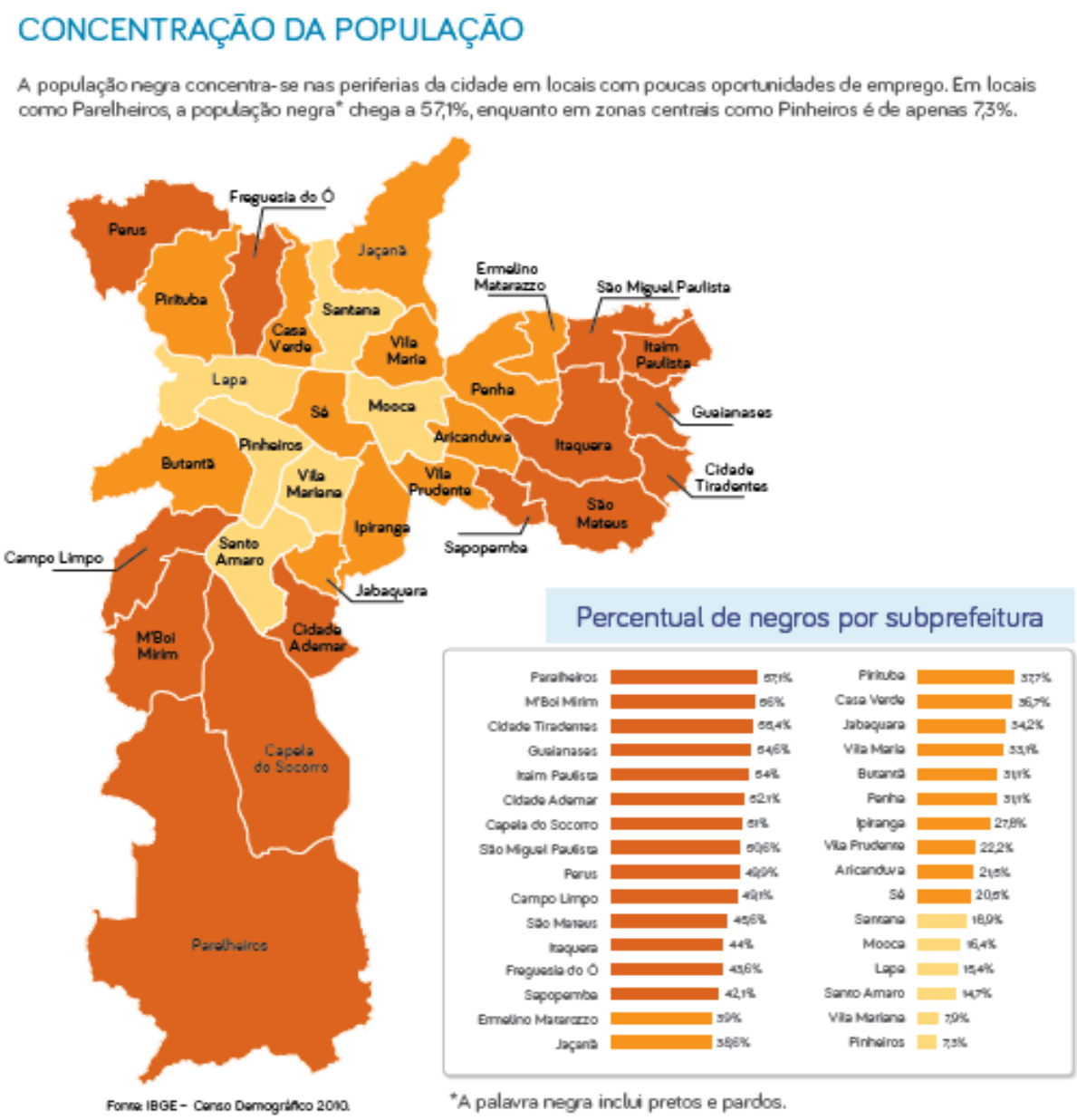


Figura 9 – Concentração da população no território da cidade de São Paulo de acordo com a categoria racial em 2010.

Fonte: IBGE – Censo Demográfico 2010 *apud* SÃO PAULO, 2015, p.5.

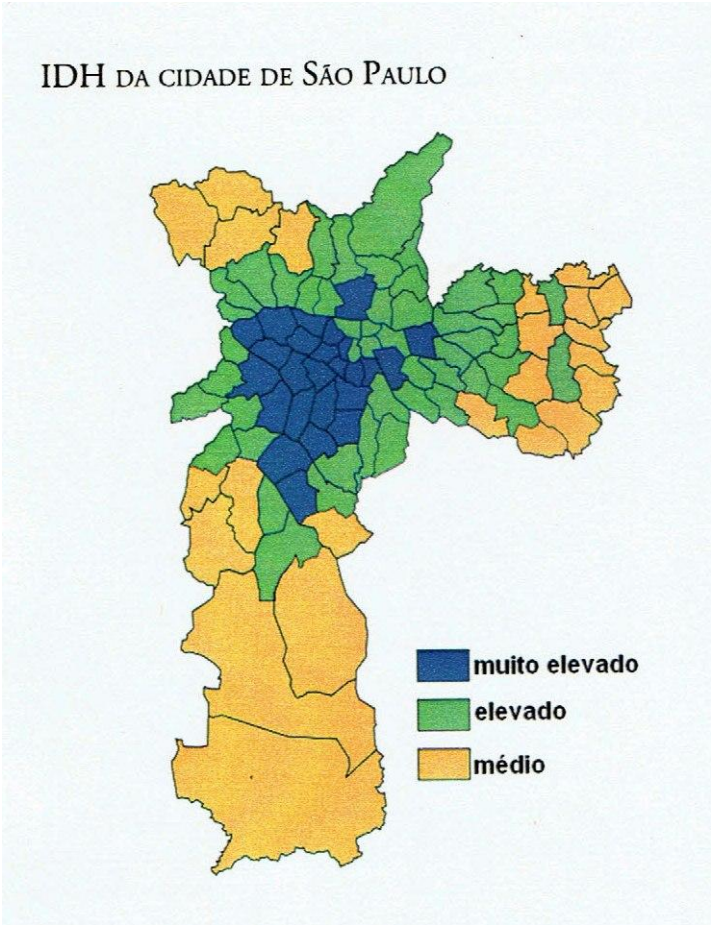


Figura 10 – IDH da cidade de São Paulo.

Fonte: SCHUCMAN, 2014, p.108.

Nesta pesquisa, não será demonstrado de modo pormenorizado os dados epidemiológicos considerando as diferenças raciais e étnicas. Contudo, para uma análise geral cabe a citação:

> Esta condição determina menor índice de envelhecimento na população parda e, por outro lado, o maior índice na população amarela. Quanto à natalidade a situação se inverte, a maior taxa de natalidade se apresenta na população parda, seguida de pretos e brancos, sendo as situações mais desfavoráveis e de maior vulnerabilidade mais frequentes em pardas, pretas e indígenas, corroborando o diagnóstico da influência da categoria racial e das condições sociais como determinantes das condições de saúde da população.
>
> Ao analisar a mortalidade evidenciaram-se diferenças na média de idade ao morrer, sendo maior nos amarelos, seguidos dos brancos e pretos, e sendo menor em indígenas e pardos, fenômeno que representa elevada proporção de mortes precoces nestes dois últimos grupos populacionais,

> estabelecendo, mais uma vez, relação entre as condições sociais e categoria racial.
>
> As causas de morte também estão relacionadas a estas condições, visto que pardos e pretos apresentam maior mortalidade por homicídios, doenças infecciosas e parasitárias, doença hipertensiva, doença cerebrovascular, AIDS e tuberculose, diferentemente da população branca, que morre mais por neoplasias e doenças do aparelho circulatório. (SÃO PAULO, 2015, p.57-58)

Não há dúvida de que as informações referenciadas anteriormente exigiram a coleta do quesito raça/cor: "uma sociedade não discriminatória e não excludente, isenta de racismo e preconceitos, seguramente não geraria desigualdades entre indivíduos e grupos. Os dados que acabamos de ver apontam diferenças significativas entre brancos(as) e negros(as)" (DIAS; GIOVANETTI; SANTOS, 2009, p.14).

Na sequência, será analisado o quesito raça/cor, ferramenta que permite a mensuração e a apresentação dessas iniquidades, bem como dos impactos das diferentes condições de acesso e de cuidado em saúde para as diferentes raças. Acredita-se que o potencial subsidiador para a formulação de projetos terapêuticos singulares e de políticas públicas em saúde, oferecidos por meio da análise dos dados gerados pela coleta desse quesito, pode ser um gatilho para ofertas de cuidado em saúde com equidade racial.

Olhar para o processo de implementação do quesito raça/cor mais uma vez leva às conquistas dos movimentos sociais negros. Bento (2005, p. 133) considera que "essa introdução nos cadastros públicos e privados é uma das mais caras bandeiras do movimento negro brasileiro". A autora resgata a historicidade do processo, com efervescência na década de 1990, período em que o Secretário Municipal de Saúde da cidade de São Paulo referia-se à Portaria nº696, de 30 de março de 1990, de modo inaugural, "considerando que a variável raça é explicativa das desigualdades sociais existentes entre os diversos segmentos raciais que compões a população brasileira" (SÃO PAULO, 1990).

> Em 1996, o quesito cor foi incluído no Sistema de Informações sobre Mortalidade e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos do

> Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº3.947/98). [43] (BATISTA; BARROS, 2017, p. 1)

Bento (2005) destaca dois momentos de grande importância do ativismo negro em relação às reivindicações de regulamentação do quesito raça/cor em todo o território nacional. O primeiro recebeu o nome de Marcha Zumbi dos Palmares pela Vida, que, em novembro de 1995, após a caminhada de 30 mil pessoas pelas ruas de Brasília, entrega ao então presidente Fernando Henrique Cardoso um documento explicativo sobre o quesito raça/cor, com a assinatura de diversas entidades do(s) movimento(s) negro(s). O segundo momento ocorreu em 2002: um novo documento foi gerado cobrando os compromissos assumidos pelo governo brasileiro da época. Esse documento foi apresentado na 3ª Conferência Mundial contra o Racismo.

No início dos anos 2000, o município de São Paulo passou a atribuir a coleta do quesito de maneira regulamentada. Em 25 de agosto de 2004, entrou em vigor a Portaria nº545/2004, "considerando a magnitude e dinâmica dos problemas relacionados à saúde da população negra no Brasil" e também "considerando a relevância da variável raça/cor nos sistemas de informação de saúde para o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais segundo critérios raciais/étnicos", entre outras diversas considerações (SÃO PAULO, 2004).

A incorporação dessa legislação, alimentando os sistemas de informação/dados no âmbito da saúde, permite demonstrar "diferenciais raciais e vulnerabilidades produzidas no processo saúde-doença. Conhecer os perfis de morbimortalidade da população brasileira no que tange à autodeclaração étnico-racial permite subsidiar a objetivação de políticas (...) à superação de iniquidades" (SOARES FILHO, 2012, p.36).

Contudo, quando o quesito cor é negligenciado (não coletado ou coletado de maneira equivocada – heteroclassificação),[44] gera não apenas dificuldades na criação

[43] O histórico dessa implementação pode ser consultado em: ADORNO; ALVARENGA; VASCONCELOS. O quesito cor nos sistemas de informação. **Estudos Avançados**, v. 18, n. 50, p. 119-123 (*apud* BATISTA; BARROS, 2017, p. 1).

[44] "Art. 1º– A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor deverá respeitar o critério da autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro

de políticas públicas, mas também perde o potencial analítico do dia a dia dos equipamentos, no momento da montagem dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e dos Projetos Terapêuticos Institucionais (PTI).

Em diversos equipamentos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), [45] os projetos terapêuticos necessariamente devem ser singulares. Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não é diferente. Estes foram considerados serviços estratégicos, afinal, fazem parte de "um conjunto de dispositivos que, no território, pudessem produzir contradições, visando a superação do paradigma manicomial" (ROSA, 2016, p.112). A função do dispositivo CAPS é acolher pessoas portadoras de sofrimento mental, "estimulando sua integração social e familiar, apoiando-os em suas iniciativas de busca da autonomia. Apresenta (...) a busca da integração dos usuários a um ambiente social e cultural concreto (...) promovendo sua reabilitação psicossocial" (CFP, 2013, p. 28). Junto a outros dispositivos que se estabelecem como rede de atenção psicossocial, trabalha na perspectiva ética do direito à liberdade e do respeito às diferentes formas de existir. Desse modo, o elemento racial deve compor a análise das singularidades, porque esse aspecto interfere nos modos de existir, logo, interfere também nas singularidades.

A seguir, será apresentado como algumas pesquisas consideram o quesito uma ferramenta analítica, fundamental, de singularidade racial ou étnica.

---

de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde (branca, preta, amarela, parda ou indígena)" (SÃO PAULO, 2004).

[45] "A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como finalidade a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre as principais diretrizes da RAPS, é importante destacar:

> • respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
> • promoção da equidade, **reconhecendo os determinantes sociais da saúde**;
> • **combate a estigmas e aos preconceitos**;
> •garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
> • atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
> • desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
> • desenvolvimento de estratégias de redução de danos;
> • ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
> • desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular." (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015b, p.6-7, grifo nosso).

As pesquisadoras Grandi, Dias e Glimm (2013) descreveram os resultados de uma pesquisa/ação realizada junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade de Porto Alegre, em que propuseram problematizar a PNSIPN no cotidiano da Unidade Básica de Saúde (UBS). As autoras destacam as manifestações das(os) trabalhadoras(es) de saúde perante a coleta do quesito cor:

> Relatou-se que houve maior incidência de conversas a respeito do tema no momento do acolhimento. Durante as consultas, conversou-se, por vezes, com a população, mas a equipe considerou pouco o tempo que se dispunha na consulta para que se pudesse refletir sobre o tema etnia e abordar demandas de saúde. Atualmente, os integrantes da equipe têm conversado com a população a respeito do tema durante os atendimentos, realizando-se a coleta do dado a partir da autodeclaração. Ainda não é uma prática frequente, mas o tema etnia tem sido abordado, o que representa um avanço. (GRANDI; DIAS; GLIMM, p.595)

Ainda sobre a análise qualitativa dos dados, considera-se potente quando a coleta deixa de ser uma ação burocrática das recepções dos equipamentos de saúde, adentrando as salas de atendimento e povoando o raciocínio clínico das equipes, "assim como a informação sobre sexo e idade é importante na hora do diagnóstico, a identificação por cor ou raça/etnia é fundamental para a compreensão do processo" (DIAS; GIOVANETTI; SANTOS, 2009, p. 17).

Dias, Giovanetti e Santos (2009) asseveram que, para quebrar as resistências em relação à coleta, faz-se necessário reconhecer que há racismo, que ele afeta os profissionais e os equipamentos de saúde; faz necessário também compreendê-lo e, por último, assumir o compromisso de trabalhá-lo em uma lógica antirracista. O relato de Andreá Santos Rafael (2003, p. 31), médica infectologista, demonstra a potencialidade desse processo: "foi um longo processo de discussão envolvendo toda a equipe (...). Revimos nossos conceitos e sentimentos em relação ao racismo (...) para perguntar mais tranquilamente aos usuários a qual cor/raça eles pertenciam". Contudo, o relato do profissional de saúde permite ver outra dimensão: a pergunta não pode ficar restrita à função de coleta de informação; quando feita com uma intenção analítica, ela se sobrepõe à coleta, podendo se tornar uma demanda de cuidado no atendimento/acolhimento/PTS.

Compreende-se que o quesito raça/cor é um instrumento de extrema complexidade. Quando colhido de maneira equivocada, pode comprometer os

projetos terapêuticos de usuários(as) e territórios, gerando dados epidemiológicos não confiáveis, não colaborando com a identificação racial dos(as) usuários(as) dos equipamentos de saúde, diminuindo, desse modo, seu potencial terapêutico, entre outras perdas diversas.

No entanto, de outro lado, é importante problematizar tanto os riscos da idealização da coleta do quesito como a resposta central para a construção da equidade quanto a suposição de que tal indicador é condição para essa construção ou para que a atenção em saúde não produza iniquidades e racismo. Desse modo, ao se colocar luz no desenho da pesquisa sobre os modos de trabalho com esse quesito, observa-se também que, independentemente de sua existência, há outros elementos no agir em saúde que merecem atenção, como os capítulos seguintes indicarão.

Pesquisadores das teorias étnico-raciais, como Piza e Rosemberg (2002), já reconheciam os paradoxos e as contradições existentes nas coletas e em suas ferramentas, contudo, afirmavam a importância da sequência dos processos de identificação e as necessidades de aprimoramento das técnicas. “O que fazer diante de tanta ambiguidade, de tantos imponderáveis no processo de pertencimento/atribuição racial no Brasil? Abandonar o mapeamento das informações estatísticas com certeza não é a solução” (PIZA; ROSEMBERG, 2002, p.116). Acredita-se que a continuidade da ampliação e discussão da coleta, nos diversos âmbitos das políticas públicas, entre eles, segurança, saúde, assistência social e educação, irá colaborar para um melhor entendimento dos “limites de segurança necessários na apreciação dos dados sobre a cor no Brasil e estimular a produção de estudos e pesquisas sobre as dimensões antropológicas e psicossociais no processo brasileiro de auto e heteroatribuição de cor” (PIZA; ROSEMBERG, 2002, p.117).

Perante tamanha complexidade, é de se esperar dificuldades e impasses de grande parte dos profissionais de saúde com a coleta do quesito, não apenas porque a PNSIPN vem sendo implementada lentamente. Ao analisar oito sistemas nacionais de informação em saúde, levando em conta a variável raça/cor, Braz et al. (2013) depararam-se com um panorama alarmante quando identificaram apenas três

sistemas/módulos em condições de validar três dos 24 indicadores usados pelo Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)[46]:

> (...)a maioria dos sistemas de informação estudados não possibilitou a validação dos indicadores do IDSUS em relação ao atributo raça/cor. Isso implica a dificuldade atual de se dimensionar o desempenho do SUS em relação ao princípio da equidade da atenção à saúde com recorte étnico-racial. Especificamente, daquele grupo alcançado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (BRAZ et al., 2013, p.559)

A mensuração do quesito cor no IDSUS gera pontuações que permitem a avaliação da implementação/execução da PNSIPN nos diversos territórios nacionais, podendo, assim, obter o mapeamento dos entes federados com maior e menor pontuação no IDSUS, e a análise quantitativa necessária para a distribuição das políticas públicas de saúde nos estados do Brasil. Todavia, embora esse programa tenha como foco as avaliações de desempenho, ele não se limita a essa função, o "IDSUS não [é utilizado] só para mensurar as desigualdades e classificar as instâncias de gestão do SUS, mas, principalmente, para detectar as deficiências e subsidiar o planejamento das ações para enfrentamentos das situações étnico-raciais adversas" (BRAZ et. al, 2013, p.560-561).

Os mesmos autores ratificam a necessidade do preenchimento adequado do quesito. Esse rigor fará com que o IDSUS possa cumprir um de seus papéis, colaborando na indução de políticas públicas de saúde com o recorte étnico-racial: "em virtude dessa situação, recomenda-se que os gestores desenvolvam ações para superar a limitação, possibilitando melhores opções de acompanhamento da PNSIPN" (BRAZ et al., 2013, p.561). O monitoramento permanente da variável raça/cor e a divulgação dos dados gerados pela coleta constituem-se em um direito da população brasileira e um dever do Ministério da Saúde.

Todas as Secretarias Municipais de Saúde devem se responsabilizar pela capacitação e pela orientação a respeito da coleta, visando garantir a fidedignidade

[46]"O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um programa instituído pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo principal de avaliar o desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios da universalidade do acesso, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização; nos municípios, regiões, estados e no Brasil, tem como objetivo o 'SUS que atende o residente em cada município brasileiro' e, como linhas avaliativas, as dificuldades do acesso e os resultados segundo as melhores respostas esperadas. Objetiva, também, detectar deficiências, visando à implementação de melhorias e não apenas à classificação dos níveis de desempenho" (BRASIL, 2011b *apud* BRAZ et al., 2013, p. 555).

nos dados. Nesse sentido, em 1º de fevereiro de 2017, o Ministério da Saúde passou a exigir o preenchimento do quesito raça/cor em todo o território nacional (Portaria nº344/2017). Destaca-se o artigo terceiro, que exige transversalidade e qualificação da coleta. Destaca-se também o artigo quarto, em que o Ministério da Saúde se compromete com a Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU):

> Art. 3° Compete às esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): I – estimular e qualificar o uso dos meios institucionais ou ferramentas de gestão existentes relativos ao monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); II – qualificar a coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor, bem como nas informações epidemiológicas divulgadas anualmente pelo SUS; e III – incluir o quesito raça/cor em todos os instrumentos de coleta de dados adotados pelos serviços públicos e pesquisas de saúde junto aos conveniados ou contratados pelo SUS.
>
> Art. 4° O Ministério da Saúde apresentará anualmente Relatório Sistematizado acerca da Situação de Saúde da População Negra no Brasil, reafirmando seu compromisso em contribuir para a efetiva implementação do programa de ação e atividades no âmbito da Década Internacional de Afrodescendentes, proclamada pela Assembleia Geral da ONU (Resolução 68/237) para o período de 2015 a 2024. (BRASIL, 2017a)

É preciso levar em consideração a necessidade da depuração e da divulgação dos dados coletados pelo quesito cor; contudo, sabe-se que essa ação não modifica por si só as relações de poder presentes no racismo.

Conforme indica Faustino (2012, p. 112), "a existência de políticas avançadas no papel é um grande passo, mas não é suficiente para garantir avanços sociais de fato, tanto em relação aos impactos das políticas como em relação ao direcionamento dos recursos e esforços estatais". Grande parte dos autores citados ao longo deste capítulo, entre eles, Batista e Barros (2017), Bento (2005), Dias, Giovanetti e Santos (2009), Braz et al. (2013) e Faustino (2012), consideram que, para a população negra ser assistida no SUS com equidade, faz-se necessária a transversalização da temática étnico-racial nas três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal). Enquanto a saúde da população negra for tratada de modo periférico, sem a priorização por parte do governo em todas as esferas, a PNSIPN continuará ofuscada pela "cegueira institucional" (LOPES, 2005). No plano micropolítico, por sua vez, as

ações de formação em saúde e a análise permanente das práticas cotidianas nos serviços de saúde são outros campos fundamentais neste trabalho.

CAPÍTULO 3

PERCURSO DA PESQUISA EM UM CAPSij

MAPAS DO ASFALTO

há tempos que o céu
das beiradas
acorda cinzento

as pedras ficam intactas
endurecendo vidas
pelas esquinas

a esperança passa
como ventania
pelas ladeiras

e o asfalto grita
denunciando
mentiras vencidas

são heranças de uma
cidade açoitada
em silêncio
nos mocambos de hoje
germina a resistência
do amanhã
em cada quintal
um traçado
autoestima se firma

no olhar da molecada
vejo uma trilha
sedenta de história

é batuque,
rodeando as intenções,
cravando horizontes
grafitando nos
muros, poemas
da nossa virada

declamando ação,
sacudindo vozes

e na espreita das ruas
ecoam as rimas
num versar ritmado
de redenção![47]

[47] YAKINI, Michael. Mapas do asfalto. In: JESUS, Ana Caroline da Silva de; GUELEWAR, Whellder. **Terça afro**: território de afetos, 2016, p. 63-64.

Como colaborar para que o conteúdo desta pesquisa, que percorria o corpo do pesquisador há alguns anos (quase uma década), pudesse sair deste corpo e desenhar-se em/ao encontro/troca com a equipe do CAPSij pesquisado? O que essa troca suscitaria? Como a instituição e o pesquisador receberiam/lidariam com esses desconhecidos movimentos? Essas e outras perguntas impulsionavam, em percurso, a temática racial para aqueles que se depararam/encontraram/toparam com esse estudo.

Neste capítulo, são apresentados mais elementos sobre o percurso da pesquisa, buscando mostrar como, no cotidiano do serviço, a pesquisa permitiu dar visibilidade e lugar de fala para o tema presente, com muitas possibilidades de aprofundamento e desdobramento por parte da própria equipe. Esta narrativa de fragmentos do percurso traz também mais elementos sobre a implicação do pesquisador no campo-tema e traz, por fim, elementos que permitem contextualizar o serviço pesquisado.

Não se tratou de uma chegada no CAPSij pesquisado, mas de um retorno, afinal, de janeiro de 2011 até julho de 2012, fiz parte da equipe que inaugurou esse equipamento de saúde. Na época, o nome do equipamento fazia menção ao território de cobertura – trazia o nome dos três bairros logo após a sigla CAPSi –, além de não trazer a letra "j", embora esse equipamento nunca tenha deixado os adolescentes e os jovens de fora do Projeto Terapêutico Institucional (PTI).

Retornar para esse CAPS foi voltar para um território afetivo. Os percursos que levavam até a casa onde o CAPS está instalado conduziam ao conhecido, às emoções da infância, da adolescência e da juventude. Nasci em um dos bairros que esse serviço se dedica em cuidar, e ali cresci. Olhar para muitas das crianças e dos(as) jovens negros(as) desse território gerou grande identificação e saudade das ruas onde cresci brincando.

Eis que chegou o dia 25 de julho de 2016, dia do primeiro contato com o CAPSij como pesquisador. Às sete e meia da manhã, ao chegar, alguns membros da equipe estavam tomando café. Foi um momento rápido no qual foi possível rever alguns ex-colegas de trabalho, que perguntaram o que eu estava fazendo ali. Com tranquilidade, respondi que iria apresentar o projeto de pesquisa para o gerente do equipamento e logo o apresentaria também para o restante da equipe e, então, se todos aceitassem, iria passar um período junto com eles. Eles sorriram e disseram: –

Algumas convivências[48] necessitam urgentemente de mais um profissional. Também sorri, e eles engataram uma fala na qual reconheciam a grande demanda de trabalho.

O café durou aproximadamente trinta minutos. Então, fui até a sala do gerente (também um ex-colega de equipe), onde pude apresentar o projeto, dando ênfase no objetivo geral, nos objetivos específicos, nos sujeitos de pesquisa e nos procedimentos. Desde o início, o gerente demonstrou interesse e rápida aceitação, questionou se eu iria perguntar para os entrevistados a cor/raça deles, e eu respondi que provavelmente sim. Ele verbalizou que achava isso importante. Também disse que a temática étnico-racial nunca foi trabalhada no CAPSij de maneira específica, embora tenha reconhecido que alguns casos demandaram essa análise e que, após a chegada (contratação) de uma oficineira (segundo ele, feminista e militante negra), o assunto começou a ser provocado na equipe.

O gerente sugeriu que eu apresentasse o projeto de pesquisa e convidasse a equipe para a participação com celeridade. Assim, ficou combinado que eu retornaria dentro de quatro dias, para a reunião geral de equipe. Ele observou que não estaria presente nessa reunião, mas ponderou que sua ausência não configurava um problema ou impedimento. Aceitei a proposta, e finalizamos esse primeiro contato.

Durante a saída do equipamento, pude me despedir de poucos profissionais, pois alguns deles estavam tentando acalmar um adolescente que andava rapidamente pelo corredor, em direção à cozinha, com um brinquedo na mão. Outros profissionais direcionavam-se para outros atendimentos/cuidados.

No dia 29 de julho de 2016, uma sexta-feira, cheguei no horário combinado (15h00). Na recepção, digo um "boa-tarde", e poucos(as) usuários(as) respondem. Abri a porta que divide a recepção do corredor e, conforme fui caminhando, algumas vozes que ali discutiam os processos de trabalho iam se tornando conhecidas. Rapidamente, cheguei na cozinha. A equipe, por alguns segundos, parou de discutir. Eu disse mais um "boa-tarde" e, dessa vez, muitos responderam (acho que todos(as)).

Reconheci grande parte da equipe, com aproximadamente metade trabalhei durante minha passagem nesse CAPSij. Conheci os outros profissionais quando eles

[48] O dispositivo da convivência "pode ser compreendido como um espaço aberto formado por usuários e trabalhadores, sendo composto por números variados de pessoas e com propostas que visem o estar junto. Acredita-se que o conviver possibilita olhar para as demandas dos usuários e estabelecer uma presença no encontro um pouco mais livre de formatos e distâncias preestabelecidas, preservando a função de cuidado com eles" (LEAL et al. 2015, p.477-478 *apud* BRASIL, 2016).

me convidaram para colaborar em uma discussão clínica – um caso com o qual a equipe afirmava dificuldade no cuidado. Poucos deles(as) eu estava vendo pela primeira vez.

Logo que a equipe finalizou a discussão do caso, olharam-me, como quem diz "vai, conta para a gente". Então, retomei a visita de quatro dias atrás, contei que fiz uma conversa com o gerente, e que, naquele momento, foi sugerido o espaço da reunião de equipe para apresentação da pesquisa. Destaquei que enviei por *e-mail* o projeto para que todos(as) pudessem ter acesso, alguns (o farmacêutico e a oficineira) demonstraram ter lido o material. Com bom-humor, o farmacêutico observou que, no item "4.2 - Sujeitos da pesquisa" (do projeto mencionado), as categorias técnico de farmácia e farmacêutico não foram contempladas. A equipe escutou atentamente a apresentação, e a imensa maioria demonstrou interesse imediato.

Após o convite, surgiram manifestações diversas. Nas primeiras, com relatos de suas próprias vidas, alguns profissionais passaram a dividir experiências pessoais referentes ao racismo. Aos poucos, as falas foram se direcionando para a esfera do trabalho, mais especificamente para cenas vivenciadas no CAPSij. Durante a reunião, a equipe indicou diversos casos. A seguir, alguns serão realçados e, por cuidados éticos, os nomes próprios serão substituídos por outros.

A enfermeira destacou o primeiro caso, dizendo: "O João não queria ser negro". O farmacêutico lembra: *"*Há o caso da Beth, uma adolescente que não vai para a escola porque se sente feia". Uma psicóloga enfatiza: "O Luiz tem posturas preconceituosas, ele diz que é latino, se coloca como alguém melhor que os outros, a equipe fica incomodada com a postura dele". João, Beth e Luiz são as primeiras crianças e adolescentes que a equipe relacionou à pesquisa. Com o passar dos dias, outros casos foram lembrados pelos profissionais.

Outras falas dessa reunião merecem destaque. A psicóloga observa: "As crianças negras não se desenham negras". Imediatamente, a técnica de farmácia complementou: "Lógico, as tintas rosas são chamadas de cor de pele na escola". Esse diálogo entre as duas profissionais lembrou-me dos trechos do texto *De café e de leite...* da psicóloga e psicanalista Rosa Maria Rodrigues dos Santos, que tomou um contexto semelhante como uma demanda de cuidado, durante estágio em um hospital dia infantil:

> ela me reconheceu e pediu para que eu a desenhasse. Assim fiz. Desenhei o rosto de uma garotinha negra – muito parecido com o seu – e sua linda cabeleira, tudo pintado com as devidas cores. Obviamente, recebi o pedido "pinta meu cabelo de loiro!", não com um ar briguento, mas imperioso. Respondi negativamente, tentando mostrar as diferenças e semelhanças de um giz de cera amarelo e outro preto em relação ao seu cabelo. Mais uma vez, o óbvio. O apelo ao concreto, à realidade, não fez muito efeito. "Não! Eu sou loira!", seguido por um "não sou?", que trouxe uma leve esperança: havia um esboço de questionamento! (SANTOS, 2002, p. 124)

Ainda durante a reunião, a mesma psicóloga lembrou-se de uma experiência de atendimento compartilhado com uma profissional negra e realçou a potência de ter uma parceira negra no atendimento: "Atendemos uma mulher que queria ser branca, ter a D. como parceira foi ótimo". Sabe-se que apenas a presença de profissionais negros(as) não garante a potencialidade dos encontros e dos manejos terapêuticos. Contudo, não se pode deixar de lado que, em um país onde a colonialidade[49] faz exercício, a representatividade racial interfere nas relações de cuidado em saúde. Considera-se que a montagem das equipes de saúde deve levar em conta raça e gênero em suas ações cotidianas. Desse modo, aproximar-se-á da perspectiva de equidade e de singularidade.

A psicóloga comentou: "Essas coisas aparecem sutilmente na clínica. O racismo marca a subjetividade. Nós não aprendemos isso em nossa formação". A técnica de farmácia observa: "A equipe não trabalha com essas questões (...), não há espaço para falar sobre isso". Ambas as profissionais notam a ausência de aprofundamento da temática das relações étnico-raciais, tanto na formação dos profissionais quanto no dia a dia do equipamento de saúde. López (2012, p.122) considera que "um dos motivos de ausência parcial deste tipo de reflexão pode estar relacionado às dificuldades de as instituições reconhecerem esses mecanismos e se autoexaminarem como (re)produtoras de racismo".

[49] "A colonialidade é um dos elementos constitutivos de um padrão mundial eurocêntrico, que consolida uma 'concepção de humanidade segundo a qual a população do mundo diferencia-se em inferiores e superiores, irracionais e racionais, primitivos e civilizados, tradicionais e modernos' (QUIJANO, 2010, p. 86). Ela incide histórica e secularmente nas produções científicas, invisibilizando o conhecimento dos povos tradicionais, de forma a reitificar um modo de compreender o mundo em detrimento do outro. Ou seja, privilegia-se um referencial teórico-prático que segue a racionalidade da ciência moderna, reafirmando a cultura hegemônica em detrimento da considerada subalterna" (ALVES; JESUS; SCHOLZ, 2015, p. 870).

O farmacêutico afirmou: “Colocamos tudo na sacola do *bullying*”. De fato, “não há possibilidade de tratar como sinônimos ‘*bullying*’ e ‘racismo’. O *bullying* representa uma violência localizada, (...) no universo escolar. O racismo, entretanto, está muito além das relações interpessoais e das fronteiras da escola” (SOUZA, 2016, p. 91).

Por último, a oficineira ponderou: “Cheguei em novembro; as ditas minorias – mulheres e negros –, não é algo, que acho, que a gente historicamente se dedica. Fizemos, em uma semana especial, capoeira de Angola, oficina de turbante, *abayomi*. Conheço o pessoal do Manifesto Preto, passei o *clip* da Mc Soffia, os filmes *Maré capoeira*, *Raiz forte*, *Mana invisível*, uma série de curtas”.

Ao final da reunião, a mesma oficineira disse que gostaria de uma “contrapartida, uma formação para a equipe”. Afirmou: “Li o projeto e nele tem uma série de coisas que devemos saber”. Respondi que, após a defesa do mestrado, retornaria para o trabalho de restituição e, então, poderíamos pensar com mais tempo aquilo que a pesquisa colheu e os efeitos do tema e do percurso da pesquisa na equipe.

De modo geral, dentro desse cenário participativo de pesquisa, com visitas variáveis, fiquei por aproximadamente cinco meses seguidos (julho a novembro de 2016) indo ao CAPSij, participando de reuniões, lendo prontuários, dialogando com a equipe e realizando observação participante,[50] após aguardarmos a tramitação do comitê de ética.

Foram lidos 153 prontuários, com ênfase na Ficha de Identificação, na qual constam os quesitos cor, idade, sexo, UBS de referência e diagnóstico, o que permitiu ter um panorama sócio-demográfico dos usuários atendidos no CAPSij, que conta com aproximadamente 240 usuários ativos (segundo relato de uma auxiliar técnica-administrativa).[51] A leitura dos prontuários permitiu uma aproximação com a coleta do quesito cor. Foi possível perceber que o quesito está preenchido quase na totalidade dos prontuários. Em contrapartida, na Ficha de Referência e na Ficha de

[50] “A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. Na observação participante, tem-se a oportunidade de unir o objeto ao seu contexto, contrapondo-se ao princípio de isolamento no qual fomos formados” (QUEIROZ et al., 2007, p.278).

[51] Vale ressaltar que a pesquisa construiu um extenso banco de dados que, em razão do curto tempo do mestrado, não foi possível maior análise, permitindo que futuramente esses dados sejam estudados e apresentados em artigo científico.

Contrarreferência,[52] é raro o preenchimento, assim como não há a atualização do dado no decorrer do tratamento, denotando que a coleta acontece apenas no momento da chegada do usuário no serviço, na primeira vez.[53]

Ao final desse período de observação e leitura de prontuários, fiz entrevistas individuais (semiestruturadas), [54] com alguns profissionais. A participação em algumas reuniões e as discussões com a equipe em momentos diversos, assim como as observações em campo, ofereceram-me a vivência das discussões de caso e de outras demandas/realidades institucionais, quando foi possível observar se e como a equipe tomava o aspecto étnico-racial nessas discussões. As entrevistas, por sua vez, permitiram-me relacionar-me com os profissionais e a temática racial de maneira direcionada. Elas colaboraram para a exploração do tema de modo mais objetivo. As perguntas realizadas visaram à descrição e à análise dos possíveis sofrimentos psíquicos relacionados à violência do racismo, além de identificar a existência de intervenções psicossociais ofertadas pelo equipamento que visem o enfrentamento do racismo.

---

[52] O sistema de referência e contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de modo a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado"(encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o usuário deve ser "contrarreferenciado", ou seja, o profissional deve encaminhá-lo para a unidade de origem para que a continuidade do atendimento seja feita. A referência e a contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável. Esse sistema vem, então, para otimizar o funcionamento do sistema de saúde, proporcionando ao usuário adequado atendimento a partir do conhecimento pregresso do seu estado de saúde e tratamentos. Assim, um serviço de saúde informará ao outro a respeito dos procedimentos realizados e as possíveis condutas a serem seguidas(ALVES et al., 2015, p.470).

[53] Conforme elaborou Neusa Santos Souza (1983), a experiência de ser negro em uma sociedade branca exige um discurso sobre si. Esse discurso que pode sofrer transformações ao longo da vida, afinal, para a autora, as pessoas se tornam negras: "uma das formas de exercer autonomia é possuir um discurso sobre si mesmo. Discurso que se faz muito mais significativo quanto mais fundamentado no conhecimento concreto da realidade" (SOUZA, 1983, p.17). Com base nessa teoria, afirma-se que faz sentido terapêutico colher o quesito cor ao longo do cuidado em saúde, pois esse discurso pode mudar ao longo do tempo, exigindo da equipe novas análises e, possivelmente, transformações nos projetos terapêuticos institucionais e singulares.

[54]"As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. O entrevistador deve ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que o interessa fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o informante tenha "fugido" ao tema ou tenha dificuldades com ele. Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados. A principal vantagem da entrevista aberta e também da semiestruturada é que essas duas técnicas quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse" (BONI; QUARESMA, 2005, p.75).

No total, foram realizadas 13 entrevistas, com profissionais das seguintes categorias: 1 psiquiatra; 2 auxiliares de enfermagem; 2 apoios; 1 enfermeira; 2 psicólogas; 1 técnica de farmácia; 1 terapeuta ocupacional; 1 farmacêutico; 1 auxiliar técnica-administrativa (ATA); e 1 gerente.

Cada dia vivido no CAPSij teve algum registro em diário de campo. Esses registros foram diversos, embora a maioria deles priorizassem os conteúdos relacionados à temática étnico-racial. Nesse diário de campo, coube o diverso, o que a participação observante pôde captar, sentimentos, observações, conversas, cenas. Segundo Barbosa e Hess (2010), nessa ferramenta, deve-se tomar nota do possível, de pensamentos, das reflexões sobre o que se observou. O diário de campo foi um recurso de sistematização e de ponderação das situações ocorridas nos encontros. Nele, couberam as falas dos usuários e dos profissionais com o máximo de densidade possível, embora tenha sido nas entrevistas que o conteúdo anunciado nos diários se alargaram.

São apresentadas, a seguir, outras observações relativas a esse período em que "habitei" o território de pesquisa.

Na primeira semana de dezembro de 2016, retornei ao CAPSij. No primeiro dia, escolhi ficar durante algumas horas sentado no sofá da recepção. Ali, pude ler alguns prontuários e observei chegadas/entradas de usuários e trabalhadores, despedidas, brincadeiras, telefonemas, preenchimentos de fichas de identificação, a programação de televisão que a prefeitura disponibilizava, etc.

Foram diversas cenas, mas duas delas chamaram a atenção. A primeira cena foi quando, logo que entrei na recepção, em algumas paredes, perto das portas e das janelas, havia bonecas *abayomi* (Figura 1):[55]

[55] Segundo o grupo BONECAFRO – ARTE NEGRA, as bonecas *abayomi* começaram a ser confeccionadas nas travessias dos navios negreiros: "Conta-nos a história que as mulheres negras confeccionavam *abayomi* como amuleto de proteção espiritual para ofertarem as suas crianças. (...) Para acalentar, acalmar e trazer alegria para as crianças, as mulheres negras confeccionavam as bonecas *abayomi* rasgando com as próprias mãos tiras de pano de suas roupas. A palavra *abayomi* tem origem na língua iorubá e significa: aquele que traz felicidade ou alegria" (BONECAFRO – ARTE NEGRA, s/d.).

Figura 1 – Bonecas *abayomi* nas paredes do CAPSij.

Fonte: Acervo pessoal.

A segunda cena ocorreu quando chegou um menino para o acolhimento. Ele estava acompanhado de sua mãe, e a ATA pediu para a mãe se sentar. Inicialmente, o garoto ficou de pé ao lado da mãe, mas logo se sentou em uma cadeira um pouco mais distante do balcão da recepção. A ATA iniciou o preenchimento da Ficha de Identificação, perguntou o nome completo, o número do cartão do SUS e o nome do pai do menino, até que chegou o momento de colher o quesito cor. A ATA disse: “Eu preciso que você me responda qual é a cor dele: branca, preta, parda?”. A mãe respondeu: “Branca”. Imediatamente o garoto se levantou, foi ao encontro da mãe e cochichou em seu ouvido. A mãe explicou bem baixinho: “as pessoas querem saber qual é a sua cor, se você é branco, negro”. Desde então, o menino não saiu mais do seu entorno. Na sequência, tiveram novas perguntas da ATA, como a data de nascimento do menino e o endereço da família.

Esse relato evidencia que a pergunta “Qual é a cor dele?” causou um movimento. A criança literalmente se deslocou ao escutá-la, atitude que não aconteceu no questionamento e no registro de outras informações. Sabe-se que os dados coletados na recepção não devem servir apenas para a alimentação dos Sistemas de Informação da Saúde. Esses mesmos indicadores permitem o planejamento, o gerenciamento e a avaliação dos equipamentos de saúde e dos

Projetos Terapêuticos dos usuários. A reação da criança perante a pergunta, se percebida, poderia ser rico material na continuidade do acolhimento.[56]

No décimo primeiro dia do ano que se iniciava (2017), uma enfermeira, ao ver-me lendo alguns prontuários, comentou: "Você chegou a ver o prontuário da Mariene? Acho que vai ajudar na sua pesquisa, ela está aí agora! É sobre preconceito racial sua pesquisa, né? Então, ela se queixa de ter sofrido, ela pega as coisas dos outros na escola e foi exposta na escola por isso! No prontuário tem detalhes maiores". Agradeci e fui imediatamente procurar não apenas o prontuário, mas Mariene. Eu queria vê-la. Pude olhá-la apenas de longe. Mariene estava conversando com uma profissional durante um lanche na cozinha, e preferi não intervir (para além do olhar).

Quando retornei para a sala de equipe, a mesma enfermeira fez novas colaborações: "Tem o João, ele tem os olhos claros e o cabelo claro, mas é negro, e ele fica se perguntando 'Qual é a minha cor? Eu sou preto ou sou branco?'. Hoje ele chegou chorando porque estavam zoando com ele, mas ele não falou como". A enfermeira não lembrava que outros da equipe já haviam associado a história de vida de João com a pesquisa. Ela emendou outra lembrança e sugeriu: "O Nelson sofreu racismo aqui dentro. O outro paciente disse para ele que não gostava de gente preta e chamou ele de preto. Ele ficou chateado, eu não lembro quem foi que falou isso para ele".

O envolvimento da maioria dos profissionais com a pesquisa ficava evidente. No dia 17 de janeiro de 2017, uma oficineira procurou-me e disse: "Encontrei as meninas do DúdúBadé,[57] comentei que você está aqui com a gente. Elas te conhecem,

---

[56] "Um dos dispositivos da política (Política Nacional de Humanização – PNH) é o acolhimento, que compreende desde a recepção do usuário no sistema de saúde e a responsabilização integral de suas necessidades até a atenção resolutiva aos seus problemas. A PNH integra o acolhimento aos seus 'modos de fazer'. Esta prática, como estratégia, foi implementada desde as primeiras propostas de reorientação da atenção à saúde, constituindo-se numa diretriz do novo modelo tecnoassistencial. O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário. Pode-se compreender o acolhimento, simultaneamente, como uma diretriz e uma estratégia. Segundo Takemoto e Silva (2007), essa prática nos serviços de saúde denota a reorganização do trabalho e a postura diante da atenção às necessidades dos usuários. A articulação dessas perspectivas traduz as intenções de um atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços e da humanização das relações estabelecidas no cotidiano das instituições" (FALK et al., 2010, p.5).

[57] O coletivo DúdúBadé "oferece atividades multidisciplinares e itinerantes, fundamentadas na tradição de matriz africana e afro-brasileira, apresentadas pelas grandes cirandas criadas por onde o coletivo passa. (...) Para o DúdúBadé viver a magia é criar pontes capazes de transportar a alegria e a riqueza presentes na diversidade dos mais diferentes sorrisos. Por isso, dialogar com a infância por meio do

falei da sua pesquisa. Vou tentar uma parceria com as meninas. Elas oferecem oficinas de culinária, contação de histórias e brincadeiras, sempre com o recorte racial da diáspora africana. Elas trabalham com crianças de 5 a 12 anos, pensei nos pequenininhos". No dia 1º de fevereiro do mesmo ano, uma assistente social relatou um sonho em que a infância, a negritude e a felicidade se relacionavam: "Estava dormindo em uma cama de solteiro, com meu filho, que era pequeno, sinto puxar meu pé e a coberta, era um espírito, um menino negro, eu pergunto seu nome, ele diz que era felicidade!". Em outro momento, um auxiliar de enfermagem, que folheava a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), olhou-me e disse: "Olha o que eu achei aqui: discriminação racial Z-60.5".Os três relatos levaram-me a perguntar sobre os efeitos da pesquisa na instituição e em mim. Resgatando Passos e Kastrup (2013, p. 402), destacou-se a seguinte citação:

> O que se coloca como horizonte, e mesmo como desafio, não é o conhecimento "sobre" a experiência, mas um conhecimento que seja capaz de entrar em contato direto com a experiência. O que se visa não é falar da experiência, mas falar de dentro dela. Em outras palavras, deixar falar a experiência que nos atravessa. Não se trata de observação no sentido tradicional – um sujeito observa um objeto – nem de reflexão intelectual. Não se espera uma consciência metaposicionada nem uma consciência que, por meio de métodos e estratégias de controle, se desdobre em consciência observadora e consciência observada. No lugar do controle, o contato. E, paradoxalmente, é aí que se encontram todas as dificuldades.

No mesmo dia, enquanto eu lia alguns prontuários, uma terapeuta ocupacional questionou-me qual dado eu estava coletando. Respondi: "Neste momento, estou olhando o preenchimento do quesito raça/cor". Então, ela comentou: "Sabe, não tem muitos negros aqui sendo atendidos, é um dado curioso em um território que tem muitos negros. Porque será que eles não estão aqui?". Naquele momento, a terapeuta ocupacional olhou para a assistente social que estava ao lado. Esta balançou a cabeça afirmativamente e, então, a terapeuta ocupacional observou: "E tem mais meninas. Não estou levantando dados, mas pela vivência". O relato da terapeuta ocupacional acarretou-me um olhar ainda mais atento para o território e para o dia a dia do

---

conhecimento e das possibilidades apresentadas pela cultura africana e afro-brasileira é o objetivo do coletivo ao desenvolver atividades que visam explorar a ancestralidade negra presente em nossos cotidianos, desmitificando-a de maneira lúdica" (DÚDÚBADÉ. Página oficial do coletivo no Facebook. Disponível em: <https://www.facebook.com/pg/dudubade1/about/?ref=page_internal>.Acesso em: 26 fev. 2017).

equipamento. No final do mês seguinte (março), ainda instigado pelo comentário da terapeuta ocupacional, vejo na rua de baixo do CAPSij o grafite da Figura 2, que espontaneamente chamei de “Menino negro”.

Figura 2 – Menino negro.

Fonte: Acervo pessoal.

A provocação da profissional exigiu uma análise do balanço racial de usuários inscritos e atendidos no CAPSij. Foram analisados os dados de todos os meses de 2017 como amostra, com exceção ao mês de março, pois não houveram dados cadastrados . Tais dados estão apresentados nas Tabelas 1 e 2, a seguir.

Tabela 1 – Atendimento por raça/cor de janeiro a junho do ano de 2017 no CAPSij pesquisado.

Jan.	**Fev.**	**Mar.**	**Abr.**	**Maio**	**Jun.**
1* =60	1 = 77	1 =	1 = 100	1 = 100	1 = 142
2 = 4	2 = 07	2 =	2 = 10	2 = 11	2 = 20
3 = 47	3 = 48	3 =	3 = 56	3 = 55	3 = 73
4 = 2	4 = 01	4 =	4 = 2	4 = 1	4 = 2
5 = 0	5 = 0	5 =	5 = 0	5 = 0	5 = 0
99 = 44	99 = 51	99 =	99 = 51	99 = 47	99 = 41

* Os números antes do símbolo de igual significam, respectivamente: (1) cor branca; (2) cor preta; (3) cor parda; (4) cor amarela; (5) indígena; (99) sem informação.

Tabela 2 – Atendimento por raça/cor de julho a dezembro do ano de 2017 no CAPSij pesquisado.

Jul.	**Ago.**	**Set.**	**Out.**	**Nov.**	**Dez.**
1* = 126	1 = 139	1 = 136	1 = 104	1 = 97	1 = 95
2 = 14	2 = 18	2 = 13	2 = 18	2 = 16	2 = 14
3 = 68	3 = 76	3 = 72	3 = 65	3 = 49	3 = 54
4 = 2	4 = 2	4 = 1	4 = 0	4 = 0	4 = 3
5 = 0	5 = 0	5 = 0	5 = 0	5 = 0	5 = 0
99 = 47	99 = 38	99 = 38	99 = 38	99 = 27	99 = 41

* Os números antes do símbolo de igual significam, respectivamente: (1) cor branca; (2) cor preta; (3) cor parda; (4) cor amarela; (5) indígena; (99) sem informação.

Ao analisar as Tabelas 1 e 2, cabe destacar três aspectos: 1) a alta quantidade de usuários que não declararam sua raça/cor; 2) a baixa quantidade de negros (junção de pretos e pardos) atendidos em relação aos brancos, em um território que a comunidade negra se faz tão presente; e 3) a baixa quantidade de atendimento de pessoas que se autodeclaram pretas, quando comparada às outras cores.

Dia 22 de fevereiro, poucos minutos depois da minha chegada no CAPSij, Geraldo, um adolescente negro, veio até a porta da sala dos técnicos e disse em alto tom: "Vou pedir transferência desse CAPS, pedir pra sair fora, vou pro CAPSad, esse CAPS é uma merda". Passados alguns minutos, uma auxiliar de enfermagem adentrou a sala, olhou-me e disse: "Geraldo tá rodiando" (questionando o comportamento do adolescente, que andava pelos cômodos da casa e, ao encontrar os profissionais, tecia comentários diversos). "Você soube que, na semana passada, tivemos um evento muito ruim aqui, o celular da M. foi roubado e, infelizmente, ele estava aqui". Perguntei se ele havia cometido alguma infração. Ela respondeu que sim: "Ele tá aqui por causa do MSE.[58] A gente suspeita que ele pegou o celular, mas não pode acusar, né? Fizemos uma assembléia, ele participou, conversamos sobre o ocorrido".

Na segunda quinzena de abril de 2017, foi avaliada a necessidade do início das entrevistas. Desse modo, pedi um espaço na reunião de equipe, no qual pude convidar os(as) profissionais a participar. Expliquei que as entrevistas seriam individuais e que estariam em pauta os aspectos éticos. Ao final, relacionei os casos com as entrevistas, dizendo que seria um momento em que eles(as) poderiam relatar sobre os casos mencionados. Após essas informações, a equipe destacou mais três usuários(as): Elizeth, Tereza e Paulo.

No decorrer da reunião, os(as) profissionais iam articulando a temática étnico-racial com os casos levantados. Eles foram lembrando de outras experiências com aquelas crianças e adolescentes. Uma auxiliar de enfermagem afirmou: "O Nelson, quando ele sofre preconceito, fica muito mal, não quer brincar, sofre". Outra auxiliar de enfermagem complementa: "Ele sofreu dentro do CAPS uma ameaça do Paulo, chamou ele de macaco, preto safado, fedido". Na sequência disse: "Paulo não gosta de preto, ele é um menino bonito, também é negro, não se reconhece negro e foi cruel com o Nelson".

[58]MSE é a sigla para medida socioeducativa.

Uma psicóloga comenta sobre o manejo clínico com Luiz e seus efeitos: “Eu tinha dificuldade, não tinha recurso, então foi com o seriado *The walking dead*, com a personagem Michonne (Figura 3), que consegui. Eu e a (oficineira) falamos da beleza dela. Luiz ficou muito incomodado com a gente reconhecendo uma beleza negra, ele questionava se realmente a achávamos bonita. Desde então ele se afeiçoou a uma usuária negra”.

Figura 3 – Michonne, personagem do seriado *The walking dead*.

Fonte: <http://walkingdeadbr.com/personagens/michonne/>. Acesso em: nov. 2017.

No final da reunião, a equipe dedicou-se à discussão do caso do Paulo. Uma auxiliar de enfermagem começou, afirmando: “Paulo também sofre preconceito racial. Ele é um menino abandonado e tutelado. A mãe tem a tutela, mas o abandonou, ele é muito carente”. A equipe debruçou-se sobre o caso. A psicóloga e um auxiliar de enfermagem contavam as características da casa do Paulo: “A casa dele é a mais pobre do terreno, não tem comida. A casa do outro vizinho/familiar é um pouco melhor e tem outra que tem muito recurso, tudo isso no mesmo terreno”. Eles contaram que a família foi discutida na Roda de Proteção, onde estavam presentes profissionais dos seguintes equipamentos: Centro para Crianças e Adolescentes (CCA), CAPSij, Conselho Tutelar (CT), Unidade Básica de Saúde (UBS) e CAPS Álcool e outras Drogas. Segundo a equipe, a mãe é usuária de *crack*. Contudo, ela nega o uso. Paulo teve um irmão assassinado, outros dois foram recolhidos pelo Estado em Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes

(SAICA). Naquele momento, a residência de Paulo era composta por ele, um irmão e a mãe.

Uma psicóloga começou a dizer que havia certa *negligência* das instituições com o caso de Paulo. A psicóloga afirmava que Paulo e seu irmão viviam em desnutrição. A médica psiquiatra observou que não conhecia o caso, mas, pelo relato, poderia haver eminente risco de morte. A realidade de Paulo é igual a de muitas outras crianças negras brasileiras, que tendem a viver "experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer" (LOPES, 2005, p.53). A discussão prosseguiu em torno da necessidade ou não de seu encaminhamento ao SAICA, considerando sua adesão ao projeto de cuidado.

De maneira geral, os oito casos indicados foram mais bem detalhados nas entrevistas, inclusive como forma de evidenciar melhor as práticas de cuidado do CAPSij, e serão trabalhados no próximo capítulo.

3.1. Quando equipe e territórios ganham cor: análises iniciais

Sabe-seque a(s) "prática[s] clínica[s] dos CAPS não provêm da química nem da elaboração, importantes e necessárias, mas parte do conjunto de estratégias típicas da reabilitação psicossocial, que evidenciam a ausência de direitos" (CFP, 2013, p.100). O CAPSij pesquisado vêm desenvolvendo práticas de cuidado que visam a garantia de direitos das crianças e dos adolescentes do território de cobertura, desde abril de 2011 (mês e ano de sua inauguração) na perspectiva da desinstitucionalização. Esse equipamento aposta na clínica antimanicomial, propondo maneiras de cuidado pouco ortodoxas, que exigem criatividade e compromisso ético libertário. Assim, traz em seu Projeto Terapêutico Institucional (PTI) propostas de cuidado como: convivências, oficinas, grupos dentro e fora do equipamento, atendimentos em diversas perspectivas terapêuticas, diálogo constante com outros serviços do município (equipamentos de diversos setores, como educação, esporte, saúde, assistência, cultura, entre outros) e apoio matricial em saúde mental. Todas essas ações são pautadas em uma clínica territorial que faz uma contraposição às diversas lógicas totalizantes, característica dos manicômios. Para se conhecer um

pouco mais desse CAPSij, cabe destacar alguns elementos sobre o território e a equipe por uma perspectiva que interrogue as relações com a raça negra e o racismo.

A equipe apresentava um quadro com relativa diversidade racial, todavia, quando observei as ocupações/cargos, a equipe do CAPSij correspondia à estrutura empresarial brasileira, na qual não há equidade racial. Esse equipamento de saúde divide-se de modo bastante simples. Os conjuntos são os seguintes: profissionais terceirizados (para limpeza e segurança), os não técnicos (oficineiros, auxiliares de enfermagem, técnica de farmácia, técnico de apoio e auxiliares técnico-administrativos), técnicos (psicólogos(as), assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêutico(a), médicos(as), enfermeiros(as)) e um gerente.

Em sua totalidade, são 32 profissionais, que se autodeclaram: 19 brancos(as), 8 pretos(as), 4 pardos(as), 0 amarelo(a), 0 indígena e 1 do qual não se obteve a informação, por causa de afastamento do profissional (Quadro 1).

Quadro1 – Profissionais do CAPSij pesquisado, segundo raça/cor.

Profissional	**Branco(a)**	**Preto(a)**	**Pardo(a)**	**Amarelo(a)**	**Indígena**	**ND***
Segurança		1				
Profissional de limpeza	1	1				
Técnico(a) de farmácia		1				
Auxiliar de enfermagem	3	2				
Oficineiro(a)	2		1			
Apoio		1	1			
ATA	3					1
Psicólogo(a)	2	1				
Assistente social	1	1				
Terapeuta ocupacional	3					
Farmacêutico(a)			1			
Médico(a)	1		1			
Enfermeiro(a)	2					
Gerente	1					

Fonte: Acervo do autor.

Os(as) brancos(as), em sua maioria, estão nos postos de técnicos e na gerência. A maioria dos(as) negros(as) (somatória de pretos e pardos) ocupam cargos e funções de terceirizados e não técnicos. Observa-se que, em um equipamento no qual a

presença de profissionais do sexo feminino é maciça (são 24 mulheres e 10 homens, no total), o cargo de gerência é ocupado por um homem.

O cenário descrito é comparável às realidades das maiorias das empresas brasileiras (observar Figura 4, a seguir).

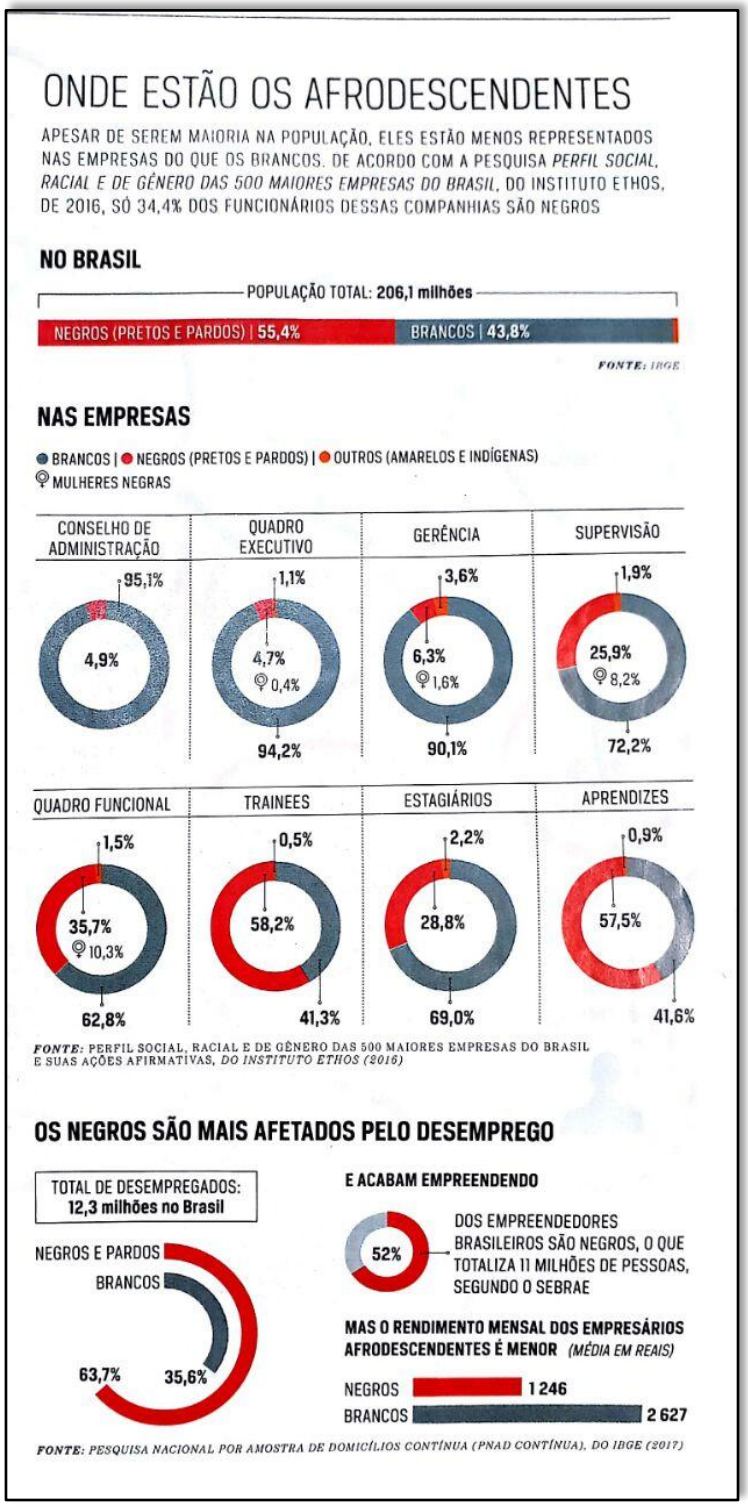


Figura 4 – Perfil social, racial e de gênero nas empresas em 2016, de acordo com o IBGE.

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), IBGE, 2017.
Revista Você S/A, abr. 2017.

De outro lado, o território de inserção do CAPSij, a zona norte de São Paulo, exige reflexão sobre a distribuição populacional, com o recorte racial.

Segundo Rolnik (2017), no final do século XIX, a presença negra na cidade de São Paulo era grande, chegando a pouco mais de um terço dos moradores. Porém, nos primeiros anos do século XX, a cidade passou por um processo de embranquecimento (conforme políticas que tinham essa intenção para todo o território nacional), com a vinda maciça de imigrantes europeus. Contudo, a cidade voltou a enegrecer nas décadas de 1940 e 1950, com a vinda de pretos e pardos da região Nordeste, de Minas Gerais e do próprio interior do estado de São Paulo.

Rolnik (1989) afirma ainda que, nos anos de 1980, a população negra do município chegava a 23% do total de moradores, todavia, a distribuição da população na cidade de São Paulo nunca teve uniformidade, quando se leva em consideração a raça/cor. Entre os anos 1980 e 1990, a população negra foi concentrada nas periferias da região noroeste da cidade. Com um movimento de afastamento do centro, do "lado de lá" do rio Tietê (tomando a praça da Sé como marco zero), a população negra foi condicionada a instalar-se nos morros das periferias da zona norte. Aumentou, desse modo, a concentração da população negra, conforme se afastava das margens do rio e do centro da cidade."Assim, de Casa Verde (com 22,14%) se passa por Limão (com 26,14%), Nossa Senhora do Ó (com 26,67%), Pirituba (com 26,6%) e Vila Nova Cachoeirinha (com 27%) para chegar a Brasilândia – também conhecida como 'África paulistana' –, com 49% de pretos e pardos [na época]" (ROLNIK, 1989, p. 14).

De acordo com o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), a considerada África paulistana – Brasilândia – dos anos 1980, hoje tem 50% da população autodeclarada preta e parda, contudo, não é mais o território com a maior concentração de negros da cidade. O bairro Jardim Ângela (também periférico e precário em recursos públicos) concentra 60% de população negra, seguido pelo bairro Grajaú, com 56,8% de negros. Segundo o mesmo censo, a população negra da cidade de São Paulo vem aumentando. Atualmente, 37% da população se autodeclara preta e parda, em números absolutos

(aproximadamente 4.441.000 habitantes negros) quantitativamente a maior população negra do Brasil.[59]

A alta concentração de negros nas periferias da zona sul, norte e leste da cidade de São Paulo tem a ver com a segregação socioespacial racista desse município, afinal, esses territórios periféricos são desprovidos de investimentos governamentais de todas as ordens. Voltando à Vila Nova Cachoeirinha, esse bairro divide com a Brasilândia um dos territórios que historicamente tem alto contingente de população negra, a comunidade/favela do Jardim Elisa Maria, fundada por volta de 1987, quando a fazenda do sapo (que pertencia a um padre) foi loteada em moradias populares. Atualmente, residem no Jardim Elisa Maria aproximadamente 247.328 pessoas. Território amplamente conhecido pelos bailes *funk*, por suas vielas e ruas sinuosas, além dos morros com vista para a Serra da Cantareira, não conta com parques ou bibliotecas, além de ser considerado o segundo território mais "perigoso" da cidade, em razão da alta criminalidade.

Perante o exposto, a Vila Nova Cachoeirinha e outros territórios dos bairros da Casa Verde e Limão concentram alto índice de população preta e parda, e especificidades da cultura negra. O desconhecimento dos equipamentos de saúde em torno dessa realidade demonstra como a lente que olha o território precisa ser "racializada", afinal, nesses bairros estão concentradas as escolas de samba G.R.E.S. Mocidade Alegre, S. C. Morro da Casa Verde, G.R.C.E.S. Peruche, Sociedade Rosas de Ouro e G.R.C.S.E.S. Império da Casa Verde, além de diversas casas e terreiros de religiões afro-brasileiras, do Quilombo Urbano Terça Afro, o Instituto Cultural Samba Autêntico, o grupo Dúdú Badé, entre outros espaços que cultuam e cultivam as culturas e heranças negras diaspóricas. "Um aspecto importante da atenção primária é a vinculação dos profissionais com a comunidade e com essas diversidades, o que é fundamental para a implementação de políticas públicas, com destaque às políticas de promoção de igualdade racial" (SANTOS; SANTOS, 2013, p.564).

[59]Percentualmente, o município com maior quantidade de negros do Brasil é Salvador, capital do estado da Bahia.

CAPÍTULO 4

PRÁTICAS ANTIMANICOMIAIS DE SAÚDE MENTAL EM UM CAPSij:

UMA PERSPECTIVA ANTIRRACISTA

JUVENTUDE NEGRA

E a gente rimando, remando, conta e contra a maré, a sós
cavoucando vulcões, por debaixo de nossas lágrimas
há rebelde erupção, guerrilhando ardentes em nossa voz

desbravando situação braba, e nós viramos um
uma vivência
um sorriso vira um pé de cabra, arrombamos de nosso rosto
a máscara branca do silêncio
aqui ninguém se policia, se negricia em potência

De orgulho, de hobbies, encontrar num solapo
ancestral vira papo, tão brasa, tão rente
desenterramos fogueiras no eu da gente
parindo estrelas pelos olhos, entre os nossos só sorrir
Em volta murmúrios e revolta
uma ideia sem volta de resistir, resistir, resistir

Autoestima vira enxada, cavamos sete palmos
adentro da alma, rostos negros calmos
de orgulho e arrogância um coração
afogado não de todo, quase abatido pelo racismo-lodo

Inundamos de ginga os nossos, inspirados pelos griots
os sábios espalhados pelo mundo
nos bailes, nos sambas, os canudos lábios
namoram os lábios carnudos, juventude marruda que posa
porque vergonha já não cabe, livro vira chave luminosa

A gente abre o baú do esquecimento, desejo de sonhar e viver
destrancando nosso eu detento, do mundo do não ser
e o princípio sem piada
é que racistas não arrumam mais nada

Juventude negra de atitude
estudando é ficar ligeiro com a Rota
que nos quer faz uma cota
depois é ir pra briga, lutar pela liberdade
o que fizemos por serra da barriga
o dobro façamos por nossa comunidade

se não rola, relaxa, marcha e siga
façamos de nosso coração um quilombo uma nação
uma serra da barriga[60]

[60] KINTÊ, Akins. Juventude Negra In: JESUS; GUELEWAR, (Org.). **Terça Afro**: territórios de afetos. São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2016. p.42-43, 2016.

Neste capítulo, serão evidenciadas e analisadas algumas dimensões do cuidado realizado pela equipe frente às demandas em saúde mental relacionadas ao racismo. Também serão sinalizados os impasses da equipe em relação às propostas das políticas de saúde que pretendem trabalhar o tema do racismo, com destaque para como o quesito cor é compreendido pelos profissionais e como as ações de cuidado incluem as diretrizes da PNSIPN.

Para tanto, serão utilizados trechos das entrevistas realizadas com os profissionais do CAPSij. É importante lembrar que as entrevistas foram iniciadas após dez meses de relacionamento entre a equipe e o pesquisador (e vice-versa), o que permitiu uma proximidade entre as partes, aproximação que colaborou para que os profissionais se sentissem à vontade para expressar suas opiniões e seus afetos com liberdade. Ao longo das entrevistas com os profissionais de saúde, o foco da conversa foi o sofrimento de crianças e de adolescentes, e os modos como a equipe construiu sua ação de cuidado.

Antes de iniciar a análise, serão retomados brevemente os casos que a equipe mencionou, de modo que se obtenha uma visão geral.

Tereza chegou ao CAPSij com nove anos e, segundo a auxiliar de enfermagem, desde a sua chegada ela ressalta o privilégio dos brancos. A menina passou por diversos episódios de racismo na escola, onde foi chamada de *neguinha fedida e macaca*. Em todas as situações, reagiu agressivamente, quebrando objetos da escola, como o bebedouro, e batendo em outras crianças. Na maioria das vezes, foi advertida pela escola com suspensão.

Paulo, segundo a psicóloga do CAPSij é um garoto que vive em situação de rua, em extrema vulnerabilidade. Ele foi expulso de diversas escolas e atualmente não frequenta nenhuma instituição de ensino. Tem vínculo com o CCA e com o CAPSij. A psicóloga destacou a seguinte cena:

> ele começou a ter um conflito com outro garoto, mais ou menos da mesma faixa etária, que também em situações bem parecidas, que também fica muito tempo na rua. Eles se conheciam de lá, inclusive. Vieram se encontrar aqui, por acaso. E começou a ofender esse garoto, pelas características dele, por ser negro, porque ele... enfim, eu não lembro as outras palavras que ele falou. Mas, ofendendo de várias formas. Só que

> tudo que ele ofendia nesse garoto era dele. Ele também era negro, ele também era pobre, ele também veio de uma situação bem complicada. Então, a agressividade dele em relação a esse garoto era meio espelhada, era uma raiva que ele tinha talvez dele mesmo na situação. Então, isso me pegou bastante. (Relato de uma psicóloga, que se autodeclara branca)

Geraldo é um adolescente usuário do CAPSij que traz à tona uma questão presente ainda de maneira tímida no debate sobre relações raciais contemporâneas: a masculinidade negra e os estereótipos direcionados a ela. O auxiliar de enfermagem destaca que o adolescente se apresenta da seguinte maneira: "Sou negão, senhor". O menino chegou no CAPSij encaminhado do MSE:

> você olhando assim a aparência física dele, é uma pessoa que intimida, mas você conversando com ele, ele é uma pessoa que... meu, você vê que ele tem um coração ali. O que faltou foi essas oportunidades. Essas oportunidades vão sempre se tornando mais escassas com isso, com a aparência física, com o jeito de falar, com o jeito de se vestir, o jeito de estar nos lugares. E vai fechando algumas portas para ele. (Relato de um auxiliar de enfermagem que se autodeclara branco)

Nelson é uma criança que, segundo a psicóloga do CAPSij, sofreu racismo dentro do equipamento:

> Aqui no CAPS, a gente já viu ele ser muito xingado pelas outras crianças, assim. E sempre... e xingamentos bem racistas mesmo, assim, "seu preto, seu macaco". Porque ele vive na rua assim, então acho que aí já é o estereótipo bem pronto de preconceito, criança, pobre, preta, vive na rua. Então, ele já viveu aqui. Alguns usuários das... enfim, as brigas que eles tiveram, das dificuldades assim, devolvem bastante desse jeito para ele, assim. E ele já ficou chateado, teve uma vez que ele ficou muito chateado e veio conversar, que ele ficou triste porque chamaram ele disso e que ele era e qual que era o problema. Mas, como é criança, parece que passa rápido assim. Não que eu acho que passou, mesmo. Mas, a gente conversou um pouco sobre isso assim. E depois a gente foi conversando algumas vezes, a gente fez uns desenhos, enfim. E aí é... mas eu acho que é uma questão que ele não consegue muito elaborar, mas eu acho que está ali ainda nele. Porque é isso assim, acho que ele representa um monte de minorias e enfim.

Esse meio ambiente pouco acolhedor e racista também se fez presente para Beth, porém diferentemente de Nelson, que se chateava, mas respondia "eu sou [negro] e qual o problema", a adolescente viveu os efeitos da violência racista produzindo isolamento social, recusando-se a ir para a escola, para o mercado, ficava

em seu quarto trancada, pedia para a mãe um *botox* e um implante no cabelo, pois se sentia feia. A terapeuta ocupacional da equipe afirmava que Beth sentia vergonha da cor dela, que passou a sair de casa apenas com o cabelo alisado e/ou fortemente amarrado em tranças. De acordo com a terapeuta: "[o cabelo] tinha que estar liso ou muito, muito trançado. Isso impedia ela de estar na vida". O trabalho da equipe do CAPSij com a garota fez uma força contrária a essa intenção da violência racista, permitindo que ela se reposicionasse subjetivamente.

João relatou situação parecida com Luiz (um dos casos elegido para análise). Segundo o farmacêutico e uma das psicólogas do CAPSij, João está em plena elaboração da identidade racial. Filho de uma família de negros com a pele escura, o garoto é o único negro de pele clara, condição fenotípica que traz exigentes elaborações ao garoto, que se questiona: "Por que eu sou branco e tenho cabelo duro? Por que meu olho é verde?". Os profissionais consideram que o garoto chegou a se desorganizar psiquicamente perante a demanda racial, e, nesse período de maior instabilidade psíquica, ele ficou persecutório e agrediu negros e gordos, afirmando que tinha vontade de matar as pessoas com essas características.

Como se pode depreender deste panorama geral, são encontradas queixas e demandas distintas, sendo elas: irritabilidade/agressividade no ambiente escolar; agressividade projetada em negros; masculinidade negra e seus estereótipos; episódios de discriminação racial dentro da unidade de saúde; isolamento social e recusa (tentativa de modificação) dos aspectos fenotípicos negros; e elaboração da identidade racial para negros de pele clara (pardos). Considera-se que todas essas manifestações psíquicas são provenientes do mesmo fenômeno: o racismo.

Foram escolhidos apenas dois casos para a presente análise. O primeiro caso escolhido foi o de Mariene, tendo em vista que ele dialoga com as queixas de outras crianças e adolescentes negras, trazendo conhecidos sofrimentos psíquicos apresentados no corpo, em especial nas características corpóreas mais marcantes da população negra, como o cabelo. O segundo caso escolhido foi de Luiz, que aborda questão efervescente nas discussões raciais contemporâneas, os lugares existenciais e subjetivos das crianças e dos adolescentes negros de pele clara. A análise foi feita com base no diálogo com a literatura da área.

O material destacado das entrevistas deixa ver não apenas o sofrimento psíquico acarretado pelo racismo na vida de algumas crianças e adolescentes negras(os): ele também enfatiza a importância do acolhimento da temática étnico-racial nos CAPSij, destacando a possibilidade de transformação de todos(as) os(as) atores(atrizes) envolvidos(as), além de evidenciar que os equipamentos pautados nos princípios do SUS, na reforma psiquiátrica e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) são equipamentos potentes para a luta antirracista e para o cuidado em saúde dos possíveis sofrimentos psíquicos provocados pelo racismo.

4.1. Desconstruindo a "negra maluca" e o"crioulo doido"

> Uma criança negra, normal,[61] tendo crescido no seio de uma família normal, ficará anormal ao menor contato com o mundo branco.[62]

Um dos casos selecionados permite evidenciar como "a discriminação racial compõe uma vivência difícil de ser apagada ou diluída, e com efeitos ainda mais devastadores quando atingem crianças e adolescentes" (MUNIZ; SANTOS, 2016, p.96). A seguir, é apresentado como uma profissional que ocupa a função de apoio[63] conta sobre a chegada de Mariene:

> Vou comentar sobre a Mariene. Inclusive, eu sou referência dela. A Mariene chegou aqui bastante transtornada. Ela falou para mim que o cabelo dela não crescia, estava muito pequeno na cabeça, ela tinha que usar cabelo artificial; que chegava na escola e os alunos falavam que ela tinha cabelos mortos na cabeça. Então, ela carregava gente morta na cabeça. E isso desde quando ela estava na sexta série. Então, ela foi crescendo, foi crescendo, crescendo, crescendo. E já é uma mocinha hoje de 14 anos. Então, o que acontece? Aquele negócio de cabelos mortos na cabeça, que a mãe dela só podia comprar um *canecalon* mais em conta, ela queria talvez um cabelo mais verdadeiro. Mas, tinha um *canecalon* mais parecido com plásticos, bem artificial. A mãe dela não podia comprar aquele cabelo. E os

[61]"Queremos crer que não nos farão um processo por causa desta última frase. Os céticos perguntarão: 'O que é que você chama de normal?' No momento não é nossa intenção responder essa pergunta. Para satisfazer os mais apressados, citemos o trabalho muito instrutivo, ainda que voltado unicamente para o problema biológico, de G. Canguilhem, *Le normal et lepathologique.* Acrescentemos apenas que, no domínio mental, é anormal aquele que pede, chama, implora" (FANON, 2008, p.128).
[62]FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
[63]O profissional que ocupa a função de apoio é um profissional de nível médio que compõe as equipes dos CAPS II e III, nas doze horas diurnas e/ou no período de acolhimento noturno (BRASIL, 2015b, p.18).

> alunos, um soltou e os outros continuaram chamando ela assim. E ela passou de uma sala para a outra, de uma escola para outra, carregando esse negócio de cabelo morto na cabeça. Aí foi muito triste para mim ouvir isso, que além de negra, ela carregava cabelo de morto na cabeça. Então, ela se tornou bastante ríspida com outros alunos porque ela queria se defender nessa questão. Então, ela virou uma menina má: que batia, dava soco. Mas, a mente dela virou...ficou naquilo, naquela ruindade. A mente ficou focada naquilo. Não virou uma Mariene boa, virou uma Mariene ruim. Uma Mariene tão ruim, que ela pirou, ela pirou. Tanto que ela achava que era essa pessoa má mesmo, que ninguém amava ela, que ninguém queria ela, que ninguém queria saber dela. E nem o cabelo crescia. Então, até hoje, com 14 anos de idade, ela tem esse negócio dentro dela que machucava muito ela, por ela não ter cabelo. E ainda de ser negra, ainda por cima, não ter cabelo na cabeça. Isso machuca muito ela. Então, ela se tornou uma pessoa ruim. Entrou tanto nessa paranoia de ser uma outra pessoa para poder se defender que ela ficou doente. Ela adoeceu. Ela adoeceu tanto que não queria escovar o dente e nem sair de dentro de casa, nem tomar banho. Ela não queria saber de nada. Ela ajudava a mãe dela a vender chocolate e fazer o troco direitinho. Depois passou a nem saber o que era chocolate e nem querer comer. Ela não comia, ela passou a ter desgosto total. No momento, ela estava sendo ruim, que era a defesa dela. Então, a Mariene foi uma coisa assim, um sofrimento bastante, muito grande assim, que ela adoeceu de verdade. Chegou aqui, ficou na hospitalidade diurna, sem querer tomar banho, sem querer comer, sem querer conversar, querendo só colo da mãe. [Depois,] reverteu as coisas, voltou a ser criança. Ela queria sentar no colo da mãe e queria até chupar dedo. E isso estava ficando muito sufocante para mim. O que eu vou fazer com uma menina... uma mocinha já de 14 anos, que quer voltar a ser criança novamente? E isso foi um sofrimento para mim muito grande, muito grande. A higiene era nenhuma (...). Os cabelos que ela tinha, ela não gostava que mexesse, ela não gostava nem que eu mexesse. Que nem tirasse e nem que limpasse. Ela estava bastante revoltada, assim. Revoltada, revoltada. A gente falava as coisas, ela nem aí para nada, só queria ir para casa se prender no quarto. (Entrevista com uma profissional de apoio que se autodeclara parda)

Ainda, segundo o relato da mesma profissional, Mariene chegou no CAPSij narrando objetivamente sua dor, deixando evidente para a equipe que ela sofria racismo no ambiente escolar, que havia sido transferida de unidades escolares e retirada de salas de aula por causa de suas reações aos ataques racistas. A menina também apresentou os recursos que encontrou para lidar com essa violência e descreveu qual parte de seu corpo era diretamente atacada: seu cabelo. Segundo Gomes (s/d, p. 2):

> O cabelo e o corpo são pensados pela cultura. Nesse sentido, o cabelo crespo e o corpo negro podem ser considerados expressões e suportes simbólicos da identidade negra no Brasil. Juntos, eles possibilitam a construção social, cultural, política e ideológica de uma expressão criada no seio da comunidade negra: a beleza negra. Por isso não podem ser considerados simplesmente como dados biológicos.

Gomes(s/d, p. 3) afirma ainda que "o cabelo do negro na sociedade brasileira expressa o conflito racial vivido por negros e brancos em nosso país. É um conflito coletivo do qual todos participamos". Mariene grita esse conflito, recusa sem passividade a humilhação sofrida, "revoltando-se" e "transtornando-se" (nas palavras da profissional) perante o racismo. Complementa Gomes (s/d, p.3):

> O cabelo do negro, visto como "ruim", é expressão do racismo e da desigualdade racial que recai sobre esse sujeito. Ver o cabelo do negro como "ruim"e do branco como "bom" expressa um conflito. Por isso, mudar o cabelo pode significar a tentativa do negro de sair do lugar da inferioridade ou a introjeção deste. Pode ainda representar um sentimento de autonomia, expresso nas formas ousadas e criativas de usar o cabelo.

Mariene precisou de um cuidado intensivo em saúde mental, na forma da hospitalidade diurna,[64] para reelaborar sua negritude e a maneira de lidar com o racismo, pois as "ameaças aterradoras [do racismo] provocam perturbações cotidianas no(a) negro(a)" (SILVA, 2004, p.220).

A profissional considerou esse cuidado uma "batalha" e afirmou que a direção do tratamento era "levantar a autoestima" da adolescente, contudo, "como curar-se do sentimento de sentir-se feio, do sentimento de só conseguir aderir a ideais de outro que me oprimem, esses ideais de embranquecimento?" (GONÇALVES FILHO *apud* MIRANDA, 2004, p.142).

> Eu e a G. (outra profissional de referência), **tivemos uma batalha aí muito grande. Hoje em dia, ela (Mariene) está bem melhor**, mas ainda carrega essa revolta dentro dela, dela ser negra, de tanto as pessoas criticarem ela, porque na época ela era muito magrinha, muito magricela, recebia vários apelidos. Apelidos assim, de negra de macumba, alguma coisa assim. **Ela ficou muito lá embaixo, muito lá embaixo. Hoje em dia, que a gente tentou levantar a autoestima dela, conversar direito com ela, ela voltou a comer. E está diferente agora.** Agora, sim, a gente consegue trabalhar melhor com ela, porque antes não dava para trabalhar

[64]"Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas. De acordo com a Portaria MS/SAS nº854, de 22 de agosto de 2012 (BRASIL, 2012), poderão compor, de diferentes formas, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), de acordo com as necessidades de usuários e de familiares, (...) algumas estratégias, [como o] acolhimento diurno e/ou noturno: ação de hospitalidade diurna e/ou noturna realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário" (BRASIL, 2015, p.10).

> com ela porque ela não permitia a entrada da gente. Tudo morreu ali, o cabelo de gente morta morreu ali por ela ser negra. Morreu ali por ela não ter um pai presente, morreu tudo ali. Foi muito sofrido para a gente. Essa menina... essa menina... eu, de todos os casos que a gente teve aqui, que a gente teve problema de racismo aqui, todos os casos... Eu acho que essa menina, se não viesse para cá... eu, falo, ela não estaria hoje normal. Não mesmo. Porque ela estava assim, indo para uma zona de se enfiar no quarto e não sair nunca mais e pirar. Porque ela até hoje ainda dá aqueles... aquelas recaídas. Até hoje, ainda dá aquelas recaídas que a gente tem que socorrer ela. Então, ela não estaria como está hoje, de jeito nenhum, se a madrasta dela não chegasse aqui a tempo. (Entrevista com uma profissional de apoio que se autodeclara parda – grifos nossos)

De fato, conforme aponta Silva (2005, p. 132), "a exposição constante a situações de humilhação e constrangimento provoca rebaixamento de sua autoestima, levando-o à construção de uma imagem bastante distorcida". Outras profissionais também falaram sobre essa distorção na autoimagem de Mariene. Uma enfermeira que se autodeclara branca narrou as diferenças nos momentos de "crise" e fora da "crise", e apontou como o sofrimento psíquico causado pelo racismo muitas vezes é de difícil percepção, "não palpável":

> Ela (Mariene) falou que era feia. (...) Eu não sei te dizer de uma forma palpável, porque não é uma coisa verbal... é uma coisa mais assim, subjetiva, entendeu? Por exemplo: "vamos aqui, vem aqui aprender para a gente fazer um lenço e tal"e ela "não". "Vamos fazer uma maquiagem?", "não, mas sou feia mesmo com maquiagem", entendeu? Uma coisa mais... não tão palpável, tipo assim, que você percebe, não muito porque ela diz, mas porque ela demonstra, entendeu? Agora não, quando ela saiu da crise, quando ela se organizou, aí não, ela já meteu uma trança de outras cores no cabelo – entendeu? – já como se estivesse..., arrumou e tal, e falei assim: "nossa, Mariene, você está bonita"e ela falou assim: "ah, sou linda". "Ah, que bom. Gostei de ver", entendeu?

Quando foi perguntado para a enfermeira se ela já havia conversado diretamente com Mariene sobre questões raciais, se já havia perguntado para a adolescente a cor que ela acha que tem, a resposta foi:

> Ela acha que ela é negra. Ela disse que ela é negra. Eu já conversei sobre isso no momento que ela trouxe o racismo, entendeu? Eu falei assim: "ó, isso existe mesmo, infelizmente. **A gente está numa cultura em que os traços europeus são mais – como se diz? – são um padrão de beleza**, mas que isso tem mudado. Existem grupos de empoderamento". Porque essa é a verdade. Então até um tempo atrás, eu acho que até 50 anos atrás, a linda, a menina linda era de olhos azuis, loira e de cabelo liso. Cabelo lindo era o cabelo liso. Eu acho que foi se tornando... tem uma outra... uma

> problematização, fortalecimento com relação a essas questões raciais. Então, hoje a mulher negra é uma mulher mais empoderada, mais do que ontem, mas ainda falta mais. Mas, a gente tem visto pessoas usando cabelo natural, abrindo mão da chapinha. Eu falei isso para ela: "ó, realmente existe essa exclusão. Na minha época **eu vi isso acontecer, isso não é fruto da sua cabeça.** A gente não consegue mudar a comunidade, não da forma que deveria ser. A gente pode conscientizar, a gente pode fazer um trabalho, mas isso é uma coisa de longo prazo. **O que a gente pode fazer é te fortalecer com relação a isso, e te mostrar, fazer umas pesquisas de lugares e espaços que você vai se sentir, ter representatividade. Você vai ver pessoas negras e lindas e maravilhosas e certas disso, que são lindas e maravilhosas**". (Entrevista com enfermeira que se autodeclara branca – grifos nossos)

Para Ferreira (2000, p. 68), "é condição importante para a saúde psicológica ter-se um senso positivo de si mesmo como membro de um grupo do qual se é participante, sem nenhuma ideia de superioridade ou inferioridade". Bento (2002) discute que ambas as ideias, de superioridade para brancos e de inferioridade para negros, seriam teses equivocadas, todavia, destaca a omissão na desconstrução/desarticulação desse lugar simbólico e material que os brancos ocupam.

É de extrema importância a profissional sustentar que, embora não devesse haver, há diferenças materiais e simbólicas entre brancos e negros e afirmar para a adolescente que ela reconhece a existência do racismo: "Na minha época eu vi isso acontecer, não é fruto da sua cabeça". Esse tipo de intervenção, contrária ao não dito, ao silêncio, permite que o racismo não se configure como um "crime perfeito", em que "o(a) culpado(a) é a própria vítima", que "além de matar fisicamente, (...) alija, pelo silêncio a consciência tanto das vítimas quanto da sociedade como um todo, brancos e negros" (MUNANGA, 2017, p. 40).

Perante a proposta da enfermeira, de procurar espaços/locais que pudessem afirmar positivamente a negritude da adolescente, perguntei se a menina havia aceitado.

> Então. ((suspiro)) Ela veio no negócio de que teve aqui, nem sei se foi exatamente por causa da Mariene, mas **um grupo de trançador e turbantes**[65] **que faz o trabalho veio para cá e aí ela participou. Eu**

[65]"Ensinar as crianças negras a valorizarem seu cabelo, enxergarem beleza em sua raça, é uma bandeira do 'novo movimento negro'. A ocupação de espaços públicos, locais de trabalho por pessoas que tem cabelos crespos, rompeu com a 'ditadura' do cabelo liso. O abandono dos rituais de alisamento, assumindo e cultivando seus crespos, tem se apresentado como referência a outras pessoas que ainda estão presas, ou em fase de libertarem-se dessas ideias sistematizadas desde muito.O coletivo Manifesto Crespo é uma referência nesse trabalho de empoderar mulheres e crianças negras, através de

> **percebi que fez uma diferença para ela**, porque depois ela colocou as tranças e veio toda com uns negócios assim, uns brincos tipo de África, sabe? Então foi: "Ó, agora gostei de ver, Mariene. Agora sim, está no caminho certo ((acha graça)) entendeu?", então eu acho que é isso, assim. Eu acho que ela está nesse processo. Mas eu acho que **realmente ela sofreu racismo, eu acho que realmente ela é isolada por conta dessas questões. Eu acho que ela é isolada**. (Entrevista com enfermeira – grifos nossos)

Sobre o isolamento, Silva (2004, p. 221-222) sinaliza:

> Imaginem uma criança negra com uma história escolar de isolamento, com uma professora que mal olhe para ela, que não estimule sua criatividade, não dinamize sua participação nos grupos ou que não perceba ou não a defenda em relação à hostilidade vivida na relação com seus coleguinhas. Ela não vai pensar que a professora é racista, mas sim que há algo errado com ela, e que é por isso que essas situações ocorrem. (...) A sociedade tem a expectativa em relação ao(à) negro(a), de acordo com os estereótipos que habitam o imaginário social. É pressuposto que o(a) negro(a) tem que agir com paciência e moderação, ficar quietinho e ser bonzinho. Ele não pode ficar irritado, não pode brigar e não pode xingar. Ele tem que ser paciente e moderado tem que se contentar com qualquer coisa (...) O sentimento de inferioridade é um efeito do racismo, que se amplia quando casado com as precárias condições de existência. Muitas vezes esse sentimento provoca um ódio de si mesmo, uma autoagressão que, às vezes, chega à beira da negação de sua própria condição.

Mariene, à sua maneira, tentou romper com esse silêncio, com a passividade. A adolescente reagiu à violência do racismo com a mesma linguagem violenta (porém física), no espaço onde as crianças negras costumam sofrer a maior quantidade de ataques racistas: a escola. Para Gallo (2014, p.11): "Os mecanismos de exclusão que permeiam o cotidiano da escola são fundados em relação ao racismo, como forma de justificar que o outro (o anormal, aquele que escapa da norma) deve ficar de fora".

> Ela passa a não querer ir para a escola ou passa a agredir alguém na escola, como ela fazia antigamente. Porque daí antigamente a defesa dela era agredir quem olhasse para ela ou quem chegasse perto dela. Ainda hoje ela agride, hoje faz um mês que ela agrediu na escola, bateu em uma menina lá e ela foi suspensa. Então, ela ainda está nessa fase de revolta ainda, muito grande.
>
> Pergunta: Ela bate em pessoas brancas?
>
> Bate.
>
> Pergunta: Ela bate em pessoas negras?

---

oficinas onde há reflexões sobre a beleza dos crespos e suas formas de composição, ensinando-as a fazer tranças, *dreds*, torços e turbantes" (SILVA, 2016, p.373).

> Não.
>
> Pergunta: E ela já explicou por quê?
>
> **Ela falou assim, que as pessoas negras devem sofrer a mesma coisa que ela. Ela acha que deve sofrer as mesmas coisas por causa da cor.** E ela é uma negra bastante, bem negra mesmo. **Então ela já falou para mim que devia ter nascido branca**. Que a mãe dela fez ela... a mãe dela é morena, não chega ser bem negra. **Fez ela com um negro, devia ter feito com um homem branco para ela nascer branca. Ela falou assim, "mesmo que o branco não tem cabelo, mesmo que um branco não tem cabelo, o branco é querido. Mas, eu... o preto pode ter cabelo, pode ter tudo que não é querido"**. Sabe? Aí ela até falou agora, que ela está melhorando, ela falou assim, "você que fica falando assim para eu não ligar, e que não é assim que eu estou pensando, que eu tento colocar de outra... vê as novelas, é difícil ter uma negra. Tem mais brancos. E tem negra bonita e negra boa para trabalhar em novela. Por que é que não tem quase negra?". Eu falei: "bom, isso é uma questão, deve ser pelos estudos, que não tem oportunidade para estudar". Eu falei para ela: "não tem oportunidade para estudar, aí não pode chegar até lá. Eu quero que você estude para chegar até lá para mostrar para a gente que o negro pode participar de uma novela e pode participar de um jornal. Quero que você chegue até lá". Ela se diminuiu muito assim, "imagina que vai chegar a fazer um jornal assim, Nacional. Imagina". Eu falo assim: "calma, precisa estudar. Se você continuar espancando todo mundo na escola por essa revolta, você tem que estudar e mostrar que você é capaz". (Entrevista com profissional de apoio que se autodeclara parda – grifos nossos)

Mariene não bate em crianças negras porque sabe que elas podem sofrer como ela. Contudo, a resposta agressiva ao racismo não é suficiente. A adolescente narra o desejo de vivenciar um lugar comum, porém a comunização racial têm sido um privilégios dos/para brancos. Pode-se refletir que Mariene sinaliza as diferenças relativas aos lugares sociais de brancos e de negros, o desejo de ser branca expressa "não um incômodo com a cor da pele em si, mas com o sofrimento que essa condição efetivamente traz numa sociedade prenhe de ideologias racistas e práticas discriminatórias" (BARAÚNA, 2002, p.142).

Miranda (2004) conclui em sua pesquisa de mestrado, na qual escutou diversas meninas negras, que não é o corpo branco o objeto de desejo dessas adolescentes, mas o lugar de reconhecimento positivo, "desejam, sim, inscrever-se nos lugares que lhes é devido: lugar da pureza artística, lugar da nobreza estética, lugar da majestade moral, lugar da sabedoria científica. Lugares estes na maioria das vezes atribuídos e reservados ao branco" (MIRANDA, 2004, p.143).

Esses conflitos em torno dos processos de identidade étnico-racial puderam ser visitados nos relatos da equipe sobre Luiz – novo caso analisado –, que se considerou superior aos demais por ser "latino". Essa latinidade superior que o garoto protesta

sugere ter a ver (de modo confuso) com a sua condição de negro de pele clara (pardo), que lhe espaça da tez preta, africana. Contudo, o garoto demonstra um desconhecimento da condição política e existencial dos latinos, que também estão sob domínio da branquitude-europeia, em condição subalternizada, assim como um desconhecimento da grande parcela populacional de negros nos diversos territórios da América Latina, e de suas precárias condições de vida, particularmente em Cuba, Haiti, República Dominicana, Peru, México e Brasil.

> No fim das contas, o que todas essas sociedades tem em comum? Resposta: o fato lamentável de que, em todas elas, as pessoas de origem africana, 'mais pura' ou 'sem mistura' ocupam, desproporcionalmente, a parte mais baixa da escala econômica. Em outras palavras, as pessoas de pele mais escura, de cabelo mais encarapinhado e de lábios mais grossos formam em geral o grupo mais pobre da sociedade. Ou seja, nesses países, a pobreza foi construída socialmente em torno de graus de origem africana óbvia. (...) Se – ou como – esse fato econômico é um legado da escravidão, de histórias longas e específicas de racismo, mesmo em sociedades que se vangloriam de ser 'democracias raciais', 'livres de racismo' ou 'pós-raciais'. Trata-se de uma questão que clama por ser explorada e atacada pelas políticas sociais de cada um dos seis países. (GATES JR., 2014, p.27)

Ser negro de pele clara é um atributo fenotípico que se apresenta como parte da elaboração da identidade racial que Luiz habita. Trazendo a baila o jogo político das relações raciais, "a construção das identidades raciais se dá por meio de diferenças situadas assimetricamente em relação ao poder. Isso confere particularidades na dinâmica de definição identitária de acordo com a posição ocupada pelo grupo racial na hierarquia social" (CFP, 2017, p.60).

Esse usuário do CAPSij demonstrou dedicar muita atenção às diferenças que compõem seu corpo e seu modo de existir, em oposição aos que considera "pretos e esquisitos". Luiz, em diversos momentos, asseverava o desejo de fazer parte de uma suposta "normalidade" e branquitude, recusando e resistindo veementemente os lugares sociais inventariados aos esquisitos e pretos.

A particularidade do lugar oferecido ao mestiço lhe conferia uma conveniência perturbadora (logo antagônica). Ser preto de pele clara demandou elaboração, que passou pela recusa/resistência de sua negritude[66] até o início de uma identificação

[66]"A negridade é um momento de desalienação do negro na sociedade brasileira, mas ainda tem como modelo o branco. A negritude vai mais longe: é uma contraideologia construída para minorar as

positiva com a sua pertença racial, "o racismo se pauta, no Brasil, pela gradação da melanina na pele. Por isso, na TV, por exemplo, os brancos predominam. Os convenientes sabem disso. Por essa razão, silenciam." (CUTI, 2017, p.199).

Segundo a técnica de farmácia que se autodeclara preta,

> o Luiz é uma pessoa mais fechada, ele não conversava com muitas pessoas. Ele tinha vínculo com poucas pessoas, na verdade, só duas. De um tempo para cá, ele foi ampliando o repertório dele. **Há um tempo atrás, ele tinha um discurso que ele dizia que não gostava de pessoas pretas e pessoas esquisitas**, ele se refere a pessoas esquisitas, ele se referia aos usuários do CAPS, de um modo geral mais os autistas, quando eu o via se referindo a pessoas esquisitas, ele dizia que eram os autistas. (Entrevista com uma técnica de farmácia – grifo nosso)

No entanto, o que lhe põe juto aos esquisitos? O que faz com que ele chegue ao CAPSij se ele não é "esquisito"? O que há de comum?

> crianças com vários comportamentos bizarros, falas estereotipadas, falas inexistentes, "diferentes" e, o mais curioso, crianças "normais", ou seja, aquelas que provocam a pergunta: "por que estão aqui?" Sazonalmente, com sutileza ou não, a resposta chega, revelando o que é comum a todas: um intenso sofrimento psíquico. (SANTOS, 2002, p.121)

Uma auxiliar de enfermagem, que se autodeclara preta, também contou sobre a chegada de Luiz e a relação dele com as pessoas negras, gordas e/ou com transtornos mentais do CAPSij:

> O Luiz já melhorou muito, muito, muito, muito. Mas quando o Luiz chegou aqui, o Luiz não conversava com negros. Ele não conversava comigo, ele não se aproximava de mim porque eu era negra. Não conversava com gordos porque ele não gosta de pessoas gordas. O Luiz não conversava com pessoas com nenhum tipo de transtorno porque para ele Deus era injusto de deixar uma pessoa com transtorno na terra. O Luiz não conversava com ninguém de cabelo crespo, porque isso não é cabelo. O Luiz não gostava de falar onde ele mora porque ele mora no Jardim Peri Alto, periferia. Ele não comia. Ele ficava o dia inteiro no CAPS, ele não almoçava com a gente no CAPS porque ele não ia comer comida do

---

frustrações psicossociais de uma categoria racial e eventualmente auxiliá-la na luta direta pela modificação do *status quo* social. Pressupõe, portanto a negação da ideologia da classe dominante, os seus valores, os seus pontos referenciais, os seus padrões estéticos, fazendo da *cultura* um dos elementos da transformação social" (CARONE, 2002, p.184).

> governo, porque isso era um lixo. O Luiz não gostava de ir e vir de ônibus. Ele precisava estar no serviço, precisava ser intensivo (o PTS), porque ele era um menino que não estava comendo, não estava se relacionando com ninguém, tinha várias questões de brigas feias em casa, não dormia, vivia à base de café, extremamente acelerado, com o pensamento acelerado, falas desconexas. Então era um menino que estava com grande sofrimento. Mas ele não queria vir de ônibus, porque: "eu, andar de ônibus? Isso é coisa de pobre, não é para mim". Então o Luiz tinha vários tipos de questões a ser trabalhadas, preconceitos velados, racismo velado. Ele falava por ele, e a gente tinha que trabalhar. Então ainda era um caso que era trabalhado no individual. Então o Luiz foi um que começou no individual, foram feitos vários... vários atendimentos individuais e tentando desmontar isso nele. Falava: "Calma aí, vamos pensar juntos, vamos trabalhar juntos". E o Luiz já mudou bastante. Hoje o Luiz conversa com gordo e com negro, ele fala comigo. Eu sou negra. ((acha graça)) O Luiz aceitou o meu cabelo. Ele falou "não, o seu cabelo está bonito". Ele já consegue olhar para um cabelo crespo. O Luiz consegue comer a comida do CAPS. Ele senta e come e às vezes ele pede para comer a comida do governo, e não porque está com a gente, mas porque sim, ele quer, ele conseguiu passar disso. Ele consegue ficar hoje junto com outras crianças, outros adolescentes com algum tipo de transtorno [...]. Ele pouco interage, mas ele está, ele está no ambiente, interage com o ambiente, ele fica no ambiente, ele já consegue isso, coisa que ele não conseguia. O Luiz hoje circula. Antes ele não saía de casa, ele já circula para vários lugares, pegando ônibus, andando a pé e de metrô, ele já consegue circular. Esse foi um caso que foi trabalhado no individual e de bastante sucesso. (Entrevista com uma auxiliar de enfermagem que se autodeclara negra)

Luiz, inicialmente, grita com angústia sua própria condição. Ser negro, pobre e periférico em um país que exige a brancura e a riqueza/consumo lhe deixa "louco". Sua revolta lhe permitiu movimento, fez com que a equipe do CAPSij construísse um projeto terapêutico atento à sua singularidade, oferecendo-lhe espaços de escuta e elaboração. Atendendo os princípios da Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil[67] (2005), que exige tomar a criança como um sujeito, garantindo, assim, espaços que dialoguem com as suas singularidades, afastando-se de práticas indiferenciadas.

Para Pereira e Riscado (2017, p.170), "há crianças que sofrem por situações de discriminação racial, porém assumem habilidades de lidar com problemas, superar obstáculos e até resistir à pressão de situações adversas, sem entrar em um sofrimento psíquico". Contudo, há aquelas que vivem os efeitos do racismo de modo psiquicamente dilacerador, segundo Costa (2012), pautada nos estudos de Benghozi

[67] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf> Acesso em: 02 nov. 2017

(2010). “[Essas crianças] precisam de uma gama variada de apoio para se refazer do trauma vivido, o que pode incluir terapia individual, familiar, acesso a políticas públicas reparadoras etc.” (CFP, 2017, p.59).

A profissional (auxiliar de enfermagem que se autodeclara negra) relatou o quanto foi difícil para ela quando o adolescente recusava sua aproximação por causa de sua cor. Todavia, ela não deixou de oferecer os cuidados em saúde; pelo contrário, buscou um manejo específico para a aproximação, esquadrinhou a contradição, encontrou o fascínio do adolescente por uma cantora negra:

> a primeira vez que eu tentei me aproximar dele, ele me mediu de baixo para cima... ((acha graça)) olhou para a minha cara, desdenhou e deu as costas. Eu falei: “ah, tudo bem, é o primeiro contato, ele não é obrigado a falar comigo”. Só que aí depois ele chega e fala para a referência dele que ele não ia conversar porque ele não gostava de negro. E aí aquilo me deu um negócio, falei "nossa”. “Meu Deus, faz tanto tempo que eu não escuto uma fala desta”. Que é assim, uma coisa é você passar na rua, você perceber algum movimento, e outra coisa é a pessoa virar e falar assim: “olha, eu não vou falar com você porque você é negra”. Eu não soube muito o que fazer. Eu fiquei meio na defensiva, sabe? Ele chegava e eu não... não me aproximava, falava só oi e tchau, não era uma pessoa que eu ia tentar me aproximar. Até que falei: “não, calma”. “Ele precisa de cuidados, ele não está bem, ele é um paciente e eu sou a profissional. Então, eu vou ter que me despir disso também porque está nele e não está em mim, então vamos lá.” E eu fui de novo. Nessa segunda vez, ele conversou comigo numa boa. Quando chegou outro técnico ele virou as costas e saiu porque ele não podia falar com pessoas negras. E isso doeu muito. Muito, muito, muito, muito, muito mesmo. Fiquei bem mexida com isso e falei: “nossa”. Porque ele me trouxe algumas situações que é as que a gente passa quando é criança, não é? Quando é adulto, você já consegue, você tem uma casca e já consegue dar uns contorno nisso, dar um *stop* nisso, chamar o pessoal para conversar: “ô, vem cá”, só que eu não poderia fazer isso com ele, porque ele era o menino que precisava de cuidados. E isso mexeu muito comigo. Muito mesmo. E eu fui buscar ajuda, eu fui buscar ajuda no meu repertório mesmo, sabe? De ver alguns documentários, ver alguns filmes, ver algumas pessoas que trabalham com isso, fazer umas pesquisadas na internet para ver como que eu poderia lidar com uma situação dessas. Mesmo assim, não foi fácil, não me aproximei dele logo de cara, de início a gente entendendo, era bem assim: eu não me aproximava dele, mas eu cobrava que outros profissionais fossem. Então eu sempre trazia: “olha, ele precisa estar aqui”, “olha, ele precisa de ajuda”, “você que é referência, você não vai atrás dele? Você que é referência, você não vai trazer para discussão?”, porque eu entendia que cada vez mais essa situação iria se agravando. Até que depois de um tempo que eu fui buscando ajuda, fui buscando fortalecer, eu arrumei outro meio, uma outra técnica de me aproximar dele, que eu fui pesquisando pelos profissionais que tinham alguns contatos [com ele], que eram extremamente poucos. Ele só falava com três pessoas aqui dentro, numa equipe de 20. Na época, nós éramos 23 pessoas, ele só falava com três. As duas referências que são brancas e a apoio (parda), uma T.O. (branca), a assistente social (branca) e com os médicos (brancos), mais ninguém. E aí eu comecei a pesquisar o que ele gostava, e o que ele gosta, como todo adolescente, é do pessoal que está na mídia. E uma das coisas que me

chamou a atenção é que ele gosta da Nicki Minaj [Figura 1], uma negra, uma cantora *rapper* negra. E por aí eu peguei um gancho. Eu comecei a conversar, assim, eu me aproximei num momento em que ele estava sozinho, eu falei assim: "ah, eu fiquei sabendo que você gosta desses cantores *pop*, você gosta da Nicki (Minaj)". E começamos a conversar, e ele começou a me contar tudo da vida dele. Eu falei: "tsc, ah, mas ela é negra". "Aquele cabelo todo é dela? Porque ela tem um cabelão, não é?", e ele: "ah, é dela". "Ah, é dela? Não é um pouco de implante?". Eu falei "ah, porque ela é negra, mas aquele cabelo, aquele cabelo comprido dela é tratado. Será que se eu tratar o meu fica assim?". E começamos a conversar e até que ele foi mudando. Eu falei: "então. Eu sou tão negra quanto ela", "ela é cheinha, ela não é magra, ela só tem curvas. Se eu ficar com curvas eu fico igual a ela?". E começamos a conversar, e aí, comigo, foi quebrando essa barreira, ele começou a conversar comigo, começou a me aceitar e começou a perceber que ele gostava de uma cultura norte-americana, negra, cheinha, com cabelo crespo ((acha graça)) e que eu era igual a ela. Enquanto pessoa, a gente era o mesmo, a mesma coisa. E que enquanto pessoa eu também era igual a ele, porque eu falei: "olha, eu também gosto. Eu não sou tão fã da Nicki, mas eu gosto da Kim Kardashian [uma cantora branca]". E aí ele começou a olhar para mim, e falar assim: "ó, enquanto pessoa eu sou igual a você". A gente tem vidas diferentes, mas enquanto pessoa enxergou algo. Então comigo ele mudou muito, ele consegue chegar, me procurar às vezes para falar coisas aí do mundo *pop*, senta e come do meu lado, sorri. Às vezes, [quando] o técnico que ele está atrás de referência não está muito próximo, ele fica próximo a mim. Então a minha relação com ele mudou, como eu percebi que mudou com as outras meninas também que trabalham aqui que são negras. Ele amadureceu bastante. (Entrevista com uma auxiliar de enfermagem que se autodeclara negra)

Figura 1 – Nicki Minaj.

Fonte: Revista FADER. Disponível em: <http://www.thefader.com/2014/08/11/fall-fashion-nicki-minaj-kindness>. Acesso em: nov. 2017.

Os manejos da auxiliar de enfermagem, ao racializar uma cantora da qual Luiz é fã, chamando a atenção do garoto para os aspectos fenotípicos negros da artista, ao sustentar as "agressões" de Luiz, tomando tal fenômeno como demanda de cuidado, e também ao se autodeclarar negra durante a aproximação terapêutica foram fundamentais no cuidado em saúde mental, permitindo ao garoto problematizar seus aspectos raciais na relação com o corpo do terapeuta e suas intervenções: "talvez a negritude negada e agora refletida num espelho" (SANTOS, 2002, p.124).

Porém, entende-se que tal ação não tem efeitos apenas no projeto terapêutico do garoto, mas tem incidências coletivas, como aponta Tavares (2014, p.100): "a construção da identidade negra passa necessariamente por meios sócio-históricos, políticos e culturais. Ela implica a construção de um olhar sobre si e sobre seu grupo de pertencimento, que perpassa o olhar que os outros possuem desse grupo".

Nesse sentido, Gonçalves Filho (1998, 2004, 2017), em seus estudos sobre humilhação social, considera que algumas pessoas negras podem tentar se separar/afastar daquilo que o relaciona com sua a pertença racial. Esse movimento para o autor é defensivo perante o jugo racista vigente e histórico. Essa posição defensiva visa uma proteção das humilhações sociais e políticas que o racismo promove historicamente. Para o autor, esses sofrimentos, relativos à humilhação, devem ser cuidados e enfrentados em dupla dimensão, política e psicológica. Desse modo, a equipe do CAPSij ofereceu cuidados em saúde mental ao Luiz, acolhimento cultural, social e político, que ressignificaram a pobreza, o ônibus, a comida do governo, a esquisitice e os aspectos raciais. Esse modo interventivo, político e psicológico deve ser feito pelo CAPSij e por todas as instituições de saúde com negros e brancos, afinal, os brancos também precisam saber o lugar subjetivo e material privilegiado que ocupam.

A atenção e a sensibilidade da profissional do CAPSij, que teve escuta apurada para perceber a brecha na singularidade de Luiz – ser fã de uma *rapper* negra –, e buscou trabalhar a identificação racial do garoto a partir da idolatria pela artista e por um gênero musical (*hip-hop*/*funk*) que tem sido pulsante e presente na politização das relações de poder da juventude periférica brasileira. Trata-se de um modo de racialização das terapêuticas. "O próprio trânsito e a não fixação nestas e em outras posições gera algo que escapa e permite que as[os] jovens escapem das normatizações e regulações da heteronormatividade racista" (BORGES, 2013, p.122).

Quando a equipe do CAPSij não naturalizou o conflito racial que Luiz apresentou, convocando o adolescente e a própria instituição a lidarem com o drama, é dado um passo para a desnaturalização da "ausência de identidade racial ou confusão racial reinante" (CARNEIRO, 2011, p.63), no Brasil.

> eu acho que o Luiz é um caso interessante, por quê? Porque, ele conseguiu se identificar com isso, eu acho que ele meio que se encontrou com a identidade dele, que para mim, ele não tinha isso, assim, ele não se identificava como negro, porque ele tem a pele clara, mas ele tem os traços que não nega e ele negava isso e hoje ele não nega mais, a gente não percebe mais, a gente não escuta mais nenhuma fala pejorativa, ao contrário, hoje eu o vejo sempre elogiando e eu sou uma das pessoas que ele está sempre elogiando, ele sempre faz questão de dizer, assim, e é muito pelo cabelo, não o vejo mais tratando mal. Ah, uma coisa importante, acho que acontece muito, que é a tonalidade de cada pele, quando ele estava com essa questão bem, bem forte mesmo, ele dizia que ele não gostava de pessoas muito escuras. Então, até uma vez, ele tratou comigo disso, que ele falava que eu não era tão escura assim, eu falei para ele: "Não, mas eu sou negra, eu tenho essa identificação". "Não, mas você não é tão escura assim". Eu falei: "Então, mas a gente não definiu uma raça por aquarela". Eu fui falando para ele, ele falou: "Como, assim?". Aí, eu falei: "Porque não tem... nas cores você sempre trata marrom, marrom claro, marrom escuro, mas com a raça é diferente, a gente não tem um... são cores diferentes, mas a raça é negra, é uma só". E ele falava que... por exemplo, o que dava a entender, não que ele falava, claramente, mas o que ele dizia era que se não fosse tão negro, tudo bem, se não tivesse a pele tão escura. Então, às vezes, quando eu ia falar disso com ele, talvez, pela minha proximidade, ele dizia que eu não era tão negra e, talvez, por isso ele deixasse eu conversar com ele e ter uma entrada com ele. Tem uma cantora famosa também que ele gosta, que ela é negra, eu esqueci o nome dela agora, ele sempre fala, eu esqueci. E ele fala que gosta muito dessa cantora, que ela canta super bem, que ela é ótima, que ela é linda, mas ele falava, assim. E aí, ele tinha essa questão das cores, porque ela não era tão preta, então, ele meio que valorizava... é como se ele conseguisse conviver melhor com pessoas que não fossem tão pretas, como ele falava. Ele falou, assim: "Não, você não é negra, você é morena, a sua pele não é tão escura". E ele falava dessa maneira mesmo, assim, com esse tom mesmo de esnobe mesmo, assim. (Entrevista com uma técnica de farmácia que se autodeclara negra)

Luiz escancara a complexidade dos aspectos cromáticos nas relações raciais e indaga as(os) profissionais do CAPSij sobre o tema. O garoto traz a questão em seu corpo, sendo um negro de pele clara, e aponta a complexidade nas relações, diferenciando negros claros de escuros.

Luiz, em seu processo de elaboração racial, vai investigando de modo peculiar se seu grau de "morenice" lhe oferece alguma vantagem perante os mais escuros/ pretos retintos. Trata-se de situação que leva a pensar no eufemismo da morenidade, que não subtrai a imensa atenção que ele oferece às raças, cores e tonalidades.

Conforme Bell (2005), é variável o comportamento existente frente ao que foi projetado, o que elucida as diversas formas de racismo, desde o distanciamento corporal, as agressões verbais e físicas até os mais ocultos movimentos. O mesmo autor leva em consideração que quem repudia, abomina, odeia negros carece de tê-los manifesto no pensamento, pois representam qualidades de si mesmo que não admite. Luiz, segundo a profissional, rejeita negros de pele escura (pretos), condição fenotípica que embora não seja a dele, lhe apavora pela proximidade.

É possível identificar o "colorismo" presente, manifestado e denunciado na fala de Luiz. O termo *colorismo* foi cunhado em 1982 pela escritora e ativista negra Alice Walker, autora de *A cor púrpura*. Hunter (2007), pesquisadora do termo, demonstra em suas pesquisas que a tonalidade de pele tem interferência em aspectos como *status* social, oportunidades de ascensões e concordâncias relacionais. Conclui que, mesmo entre os entes da mesma raça, quanto mais clara a tonalidade de pele da pessoa, maior a vantagem perante as oportunidades de vida (na maioria das vezes). Contudo, clarear, não lhe retira a condição de negro "se nossa pele não é tão escura, nossos traços e cabelos revelam nossa etnia" (SANTANA, 2015, p.15). A técnica de farmácia trabalhou essa questão de maneira precisa com Luiz. Ela não deixou de considerar as rejeições sociais que negros vivenciam, sabendo que a tentativa de distanciamento da negritude pode ser um efeito a essa rejeição/humilhação, além de ser estimulada pela sociedade em geral (CARNEIRO, 2011). Todavia, foi ofertando a possibilidade de uma identificação racial positiva.

Segundo Carneiro (2011), negros de pele clara muitas vezes são acusados de traição à negritude, o que pode lhe conferir um sem-lugar, uma posição de borda. Porém, dados estatísticos e estudos vêm demonstrando que esse lugar de "dúvida" vem se modificando. Uma rápida análise dos censos raciais dos últimos anos demonstra que cada vez mais as pessoas tem se autodeclarado pretas e pardas, uma evidente redefinição das identidades raciais no Brasil.

Poder conviver com as diferenças raciais em um ensaio mais equânime permitiu ao Luiz e a muitos outros a possibilidade de rever a própria pertença racial, mesmo em um cenário em que "a branquitude é diversa e policromática. [E] a negritude, no entanto, padece de toda sorte de indagações" (CARNEIRO, 2011, p.71).

A equipe do CAPSij ofereceu ao Luiz escuta qualificada, espaços para elaboração e convívio com as diferenças. Ele pôde entrar em contato com uma instituição que em diversos momentos significava/oferecia ao negro, ao esquisito e ao

pobre lugares subjetivos e materiais de potência, no sentido que lhe dá Espinosa (1988 *apud* SAWAIA, 2001, p. 111): como o direito que cada indivíduo tem de ser, de se afirmar e de se expandir (ESPINOSA, 1988), condição para se atingir a liberdade". Como aponta Castelar et al. (2015, p. 597), "o profissional (...) pode fazer circular outros discursos (...), ofertando outras maneiras de viver e até mesmo deslocando as existentes (...) de forma que se posicionar contra qualquer forma de discriminação negativa é fundamental em um campo ético, estético e político".

Ferreira (2000), ao estudar a construção da identidade negra, afirma que o processo de desenvolvimento da identidade do negro brasileiro se dá em quatro estágios, a saber: (1) estágio de submissão: idealização do mundo branco como escudo; (2) estágio de impacto: descoberta do grupo étnico-racial de referência; (3) estágio de militância: construção de uma identidade afro-centrada; e (4) estágio de articulação: abertura para a alteridade.

No primeiro estágio – o da submissão –, há um desconhecimento ou rebaixamento do universo negro, há a tendência da valorização e submissão ao universo branco-europeu (corpo, religião, língua, música, comidas, etc.). Segundo o autor, esse processo de internalização dos estereótipos negativos a cultura e valores negros acontece de modo inconsciente desde a infância, comumente favorecido pelos contextos escolares e/ou familiares que (em geral) vangloriam a visão dominante de mundo branco.

O segundo estágio – o do impacto – é o tempo de conscientização das discriminações e do racismo. Essa conscientização tende a acontecer na revisão de dramas próprios e na oferta de informações positivas e relevantes, dos valores e culturas negras (africanas ou diaspóricas). A apropriação de contextos negros positivos pode exigir do sujeito uma revisão de sua posição subjetiva racial.[68]

Desse modo, é possível levantar a hipótese de que Luiz pôde ter percorrido os estágios de submissão e impacto. Contudo, ele foi acompanhado e provocado pela equipe do CAPSij, que lhe ofereceu acolhimento, escuta e convívio, fazendo com que os sintomas que denunciavam o amplo sofrimento psíquico diminuíssem (entre eles, isolamento social, insônia, agressividade, irritabilidade, pensamento acelerado, falta de apetite e falas desconexas).

[68] Esta pesquisa limitar-se-á a apresentar esses dois estágios, que se relacionam com os casos apresentados.

Esses dois casos permitem acompanhar duas facetas da expressão do racismo na forma do sofrimento psíquico. O primeiro caso, de uma menina que chegou no CAPSij com 14 anos e se mantém em acompanhamento até a presente data, atualmente tem 15 anos. Em seu cuidado em saúde mental, pôde reinventar a relação com seu corpo, em especial com seu cabelo. Perante o esfacelamento de sua identidade negra, viu-se obrigada a internalizar aspectos fenotípicos da população branca, de modo perturbador (NOGUEIRA, 1998). No entanto, com as intervenções oferecidas no CAPSij, os profissionais do equipamento acolheram tal sofrimento e ofereceram espaço de ressignificação, construindo junto da garota uma biografia potente e ancorada em aspectos raciais negros positivos.O garoto que aqui nomeamos Luiz também foi acolhido no CAPSij logo após ter completado os 14 anos. Ele também se beneficia dos cuidados oferecidos por esse equipamento de saúde pública até os dias de hoje (a data de depósito desta pesquisa é 29 de janeiro de 2018), e está prestes a completar 18 anos. Luiz apresentava grande dificuldade de compor os espaços comuns, o que lhe impedia a possibilidade de troca com o diverso, sendo muitas vezes porta-voz de uma sociedade que recusa o esquisito/louco, o público, o pobre, a periferia, o negro, entre outros.

Todavia, foi possível acompanhar principalmente a ação de uma equipe cuja própria conformação heterogênea do ponto de vista racial, etária e de gênero parece criar condições para o exercício do trabalho com o tema. Além disso, a proposta do CAPSij contribui para a abertura à alteridade, uma vez que esse equipamento tem em seu princípio ético-político o compromisso com a liberdade. Desinstitucionalizar-se "implica em abandonar o manicômio como causa, como sentido lógico que prescreve modos de vida limitados, anônimos e sem voz. E para isso não há manual ou código de conduta, mas há uma ética. A ética da liberdade" (CFP, 2013, p.102).

Se a dimensão ético-política da luta antimanicomial pode acolher os efeitos do racismo na medida dos seus compromissos com as práticas de liberdade e da recusa dos processos de exclusão e de violência, pode-se dizer também que para a tomada dos efeitos do racismo como uma questão antimanicomial ou, dito de outro modo, para uma desinstitucionalização racializada, faz-se necessário o que aqui se denominou "aquilombação" dos CAPS, de um convite a aquilombar-se. Afinal, um dos primeiros territórios do Brasil a acolher os ditos revoltos, escravos, fugitivos, selvagens, perigosos, anormais, loucos, prostitutas(os) e alcoólatras, entre outros

indesejáveis, foram os quilombos,[69]com princípios já reformistas (para a época e para a contemporaneidade), que visavam (e ainda visam) liberdade, luta, emancipação, dignidade humana, direitos culturais, demarcações de terra para moradia, entre outros princípios igualitários e de cidadania.

Nesta pesquisa, chama-se *aquilombar-se* um resgate dos saberes tradicionais; a descolonização das práticas terapêuticas; o trazer para o contexto da reforma psiquiátrica as teorias e os ensinamentos africanos e diaspóricos da América Latina e do Caribe, combatendo o epistemicídio;[70] a (re)significação e a nomeação das práticas terapêuticas de modo racializado, entendendo que elas servem para diversas singularidades; a aproximação dos serviços de saúde aos movimentos e coletivos que que visem a equidade racial (a exemplo da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (RENAFRO)).

Entendemos que "a materialização do princípio de equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) só se efetivará a partir do reconhecimento dos diferentes valores e práticas civilizatórias que constituem o Estado Brasileiro" (ALVES; JESUS; SCHOLZ, 215, p.878).

Aquilombar-se, enquanto princípio, é resistir em busca libertária, abolicionista e antirracista, valorizando os aspectos territoriais e culturais da população que predominantemente tem sido vitimada à lógica manicomial: a população negra. Esta é vítima diuturna de um estado que busca lhe fazer anônima, indigente, presa, morta e, acima de tudo, medicalizada.[71] *Aquilombar-se* é sobre agir politicamente de um modo

[69] "Em comum, são grupos étnico-raciais negros dotados de relações territoriais específicas e caracterizados pela resistência à opressão histórica sofrida" (COSTA; SCARCELLI, 2016, p.1).

[70]"O fascismo epistemológico existe sob a forma de epistemicídio, cuja versão mais violenta foi a conversão forçada e a supressão dos conhecimentos não ocidentais levadas a cabo pelo colonialismo europeu e que continuam hoje sob formas nem sempre mais sutis" (SANTOS, 2010, p.15).

[71]"O termo medicalização, que surgiu no final da década de 1960 para se referir à crescente apropriação dos modos de vida do homem pela medicina, é de grande relevância nos estudos críticos do campo da sociologia da saúde. Apesar de se tratar de um termo descritivo para indicar algo que "se tornou médico", a maioria dos autores o utilizou no contexto de crítica negativa ao excesso de medicalização (CONRAD, 2007), através da denúncia da crescente influência da medicina em campos que até então não lhe pertenciam, criando conflitos acerca do estatuto médico, social, epistêmico ou ontológico de determinadas doenças e, portanto, da necessidade de controle e terapêutica das mesmas. De uma forma geral, os estudos da medicalização se direcionam para a análise e insinuação da intervenção política da medicina no corpo social, por meio do estabelecimento de normas morais de conduta e prescrição e proscrição de comportamentos, o que tornaria os indivíduos dependentes dos saberes produzidos pelos agentes educativo-terapêuticos. Data do século XVIII, com o nascimento da medicina moderna e da Higiene, o início da intervenção médica na intimidade das pessoas, fazendo com que os profissionais da saúde e educadores, sobretudo, se tornassem especialistas a quem todos deveriam recorrer em busca de soluções para seus males domésticos. (...) Michel Foucault (2008a), apesar de não fazer uso sistemático do termo medicalização, faz referência ao processo quando aponta para a constituição de uma sociedade na qual o indivíduo e a população são entendidos e manejados por meio da medicina.

equitativo e singular, uma vez que a população negra é maioria neste país e maciçamente usuária do SUS.

No próximo item será apresentado como os profissionais pensam mais especificamente a ação político-institucional em relação a esse tema, assim como as tensões que tal fazer coloca.

4.2. O aquilombar-se na esfera político-institucional: desafios e paradoxos

> Pode-se falar de escravidão e depois retirar da consciência todos os seus efeitos reais e fazer de conta que somos continuação de uma sociedade não escravista. É como tornar secundário e invisível o que é principal e construir uma fantasia que servirá maravilhosamente não para conhecer o país e seus conflitos reais, mas, sim, para reproduzir todo tipo de privilégio escravista ainda que sob condições modernas[72]

Escutar os profissionais e gestores dos equipamentos de saúde que assistem majoritariamente a população negra é fundamental para a desinstitucionalização do racismo. Sabe-se que esses profissionais também são forjados em uma sociedade racista, que localiza materialmente e simbolicamente os(as) negros(as) em lugares de inferioridade, invisibilidade e opressão. Em contrapartida, essa mesma sociedade nutre o imaginário social de que o branco deve ser valorizado em sua suposta superioridade, como se esta fosse sua posição "natural". Essa montagem binária que sustenta o imaginário social exige atenção dos profissionais e gestores, para que suas práticas não sejam afetadas pelo preconceito racial. A desnaturalização de conceitos impõe reflexão crítica, do contrário, as práticas de cuidado tendem a replicar e reforçar condições díspares, favorecendo alguns – os brancos – e desfavorecendo outros – os negros –[73] (CFP, 2017).

> Essa naturalização de papéis pode ser percebida quando há certo desconforto e estranhamento ao ver uma criança branca moradora de rua como se essa criança não devesse estar em tal condição, o que por outro lado não ocorre quando é uma criança negra na mesma situação. O mesmo tipo de estranhamento é percebido quando um adolescente branco é

Refere-se ao processo de medicalização social ao argumentar que, ao contrário do que se poderia imaginar, a medicina moderna – que nasceu no final do século XVIII, momento de desenvolvimento da economia capitalista e de esforços e expansão das relações de mercado – não se tornou individual, mas sim, se apresentou como uma prática social que transformou o corpo individual em força de trabalho com vistas a controlar a sociedade" (GAUDENZI; ORTEGA, 2012, p. 244).

[72]SOUZA, 2017, p. 19.

[73]Ver mais em Santos (2012).

> flagrado furtando ou usando drogas e quando uma criança branca é deixada para adoção. (CFP, 2017, p.115)

A quebra do histórico silenciamento em torno desses estranhamentos que denunciam as desigualdades e assinalam como as relações raciais são complexas no Brasil são temas institucionais centrais, principalmente para as políticas de assistência (pública e privada).

As entrevistas com profissionais da gestão e da esfera administrativa do CAPSij trouxeram com maior vigor alguns impasses e paradoxos clínico-políticos e político-institucionais relativos à construção de uma política pública de saúde compromissada com a desinstitucionalização do racismo. Dada a complexidade das questões que elas anunciam, optou-se, na presente pesquisa, por apresentar dois longos trechos de um diálogo entre o pesquisador e uma auxiliar administrativa e de um diálogo entre o pesquisador e o gestor.

> Pergunta: Como é que vocês, na recepção, lidam com a questão racial? O que é que vocês já perceberam?
> Resposta: Nossa. Para mim é uma questão que eu não... **não ponho foco nisso**. Então eu não sei te falar, assim.
> Pergunta: Vocês lidam com o quesito raça/cor?
> Resposta: Sim. Quando a gente faz a ficha, a gente pergunta: "[De] qual cor que você acha que é?".
> Pergunta: Como é que vocês perguntam?
> Resposta: Eu pergunto assim: "Me fala uma coisa: [de] que cor que você acha que você é? Branco, preto, pardo, amarelo ou indígena?", e aí a pessoa fica meio na dúvida, fica naquela coisa assim, não sabe responder. (Então) falo: "olha, [se] você fala para mim que você é azul, é a cor que eu vou colocar aqui, que é o que você sente que é. Você... né, como pessoa, se acha", entendeu? Sempre questiono azul.
> Pergunta: E se a pessoa falar que é azul?
> Resposta: Tem que por que é azul na ficha. Pode não ter lá, mas eu tenho que colocar, é a cor que a pessoa se acha e sente daquela cor.
> Pergunta: Entendi. Não são necessariamente aquelas que estão apontadas ali?
> Resposta: Necessariamente não. Às vezes a gente olha que a pessoa é negra, mas ela fala que é parda. É um direito, ela se sente parda, não negra, entendeu?
> Pergunta: Para que é que serve esse quesito?
> Resposta: Tsc. Não sei, eu acho que é uma contagem, não é? Para estatística? Eu ouvi falar que era para isso. Não sei se é também a pessoa se sentir... bem, de verdade, né? ((acha graça)) Mais para estatística, eu penso.
> Pergunta:Você considera que é importante para o CAPS essa informação?
> Resposta: **Eu acho útil, mas enfim. Então. Para nós é, porque eu nunca vi as pessoas com... se ela é branca, preta, para mim tanto faz. Para mim, a gente tem que ver a pessoa, então eu acho que é indiferente.**
> **Eu acho que não tem necessidade nenhuma**, **mas... se vai tratar a pessoa diferente só porque ela é de outra cor, né? Então para mim parece isso quando tem essa informação, você precisa saber como a**

> **pessoa é, que cor que a pessoa é, para poder saber o jeito que você vai tratar. Não parece isso? Eu acho, eu sinto isso.**
> Pergunta: Você acha que a equipe leva em consideração essas questões raciais?
> Resposta: **Não. A equipe também não, vê como pessoas.** Eu percebo isso, também.
> Pergunta: Você acredita que olhar para as questões raciais é não ver como pessoa?
> Resposta: ((silêncio)) **É. Eu penso assim. Você vai olhar pela cor, ou pela... *status* financeiro, sabe assim? Eu acho que você começa a dividir as pessoas por... qualificar as pessoas, não?**
> Pergunta: Como é que você se sente quando você tem que perguntar para a pessoa o quesito raça/cor?
> Resposta: **Eu acho ridículo, eu não gosto. Mas eu tenho que fazer, entendeu?** Porque às vezes está lá, eh... tsc, como que é? "Não informado". **Aí eu não pergunto porque eu preciso saber ou porque a equipe precisa saber. Porque eu preciso perguntar porque a gente tem estatísticas e fechamento de produção, que se aquele item estiver em branco, dá problema, dá inconsistência da minha produção. Então é só por uma questão de produção que a gente precisa saber disso. Não que eu precise, entendeu? É que a gente puxa relatórios e se não tiver essa informação, e se estiver em branco, vai dar erro no meu relatório. E aí eu tenho que ir lá e arrumar isso. Por quê? Porque o sistema pede e não porque a gente queira saber. Não é uma coisa que faça diferença para a gente. Mas faz diferença para a produção, né?**
> **Eu tenho vergonha de perguntar. Às vezes... quando chega nessa parte: "ah, vou ter que perguntar"... sabe aquela coisa, "vou ter que perguntar"?**
> Pergunta: Então, dá vergonha às vezes?
> **Resposta: Dá. Eu acho chatíssimo essa pergunta.**
> Pergunta: E você acha que as pessoas estão acostumadas a escutar essa pergunta?
> Resposta: **Eu acho que não. Eu acho que não.** Porque na verdade deveriam, porque o Sistema Único de Saúde, quando você vai fazer o cartão do SUS, você tem que colocar essa informação. Então quem faz o cartão tem que te perguntar isso para fazer o cartão. **E normalmente, [n]a maioria das vezes, não tem essa informação. Significa que o profissional não perguntou ou pôs aleatoriamente, deixou lá "não informado". Então as pessoas não estão acostumadas por isso, porque às vezes o cadastro não é completo.** E aí, quando a pessoa vem fazer ficha, a gente sempre olha, e tenta atualizar o máximo de dados possíveis, e é uma coisa que a gente tem que perguntar, assim ((acha graça)).
> Pergunta: Você se considera branca, preta, parda, amarela ou de alguma etnia indígena?
> Resposta: **Eu me considerava morena, mas aí o pessoal falou que moreno é [o] mesmo que negro. Eu falei: "então, tá. E usou branca, né?" ((risos)).**
> (Entrevista com uma auxiliar técnica-administrativa que se autodeclara branca, grifos nossos)

Como se pode observar no trecho do diálogo, nessa entrevista um dos instrumentos da política (apresentado no Capítulo 2)– o quesito raça/cor – foi amplamente explorado, uma vez que a coleta dessa variável acontece, em geral, no preenchimento da ficha cadastral, na recepção pelo(a) auxiliar técnico(a)-administrativo(a) ou na continuidade do processo de acolhimento. Os estudos

demonstram que raramente o recorte racial é feito nos atendimentos: "[há] maior incidência de conversa a respeito do tema no acolhimento. Durante as consultas, conversou-se, por vezes, com a população" (GRANDI; DIAS; GLIMM, 2013, p.595).

Ainda que orientada a realizar o procedimento, a ATA enfatiza mais a função de controle dos dados – para estatística e para a produção, sua "utilidade". Percebe que há outros elementos em jogo relativos ao cuidado, ou a um reconhecimento, a um se "sentir bem": *"Não sei se é também a pessoa se sentir... bem, de verdade, né?"*, mas não tem muita certeza. Ou melhor, tem mais dúvidas. Certamente, o desconhecimento do objetivo do quesito é um elemento que precisa ser mais bem observado e trabalhado. Como aponta o documento *Relações raciais: referências técnicas para a prática da(o) psicóloga(o)*, elaborado no âmbito do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP/CFP), de 2017: "As(os) profissionais podem não considerar relevante o preenchimento desse item, ou mesmo acreditar que podem ofender a(o) usuária(o) com a pergunta, em ambos os casos evitando fazer o questionamento" (CFP, 2017, p.117).

Quando a(o) profissional não está convicta(o) da importância do instrumento (quesito raça/cor) e/ou da política (PNSIPN), ela(e) muito possivelmente não cumprirá duas de suas funções, a saber, o serviço educativo e o político. Como apontam Grandi, Dias e Glimm (2013, p. 594), embora deva se incentivar a autodeclaração, segundo o que estabelece o IBGE, "é responsabilidade do trabalhador da saúde procurar esclarecer as dúvidas". Desse modo, é aberto o campo para a reflexão, inclusive quanto à implicação política do usuário: "há muitos desafios a serem enfrentados quando se discute relações raciais, mas a experiência tem revelado que, de fato, esta é uma genuína experiência de formação política" (BENTO, 2002, p.149).

Coletar o quesito raça/cor pode ser entendido como o primeiro passo de uma conversa sobre relações raciais em um equipamento de saúde. É semelhante a quando se encontra alguém pela primeira vez e pergunta a ela: "Como vai?". Essa pergunta tem a intenção de quebrar o silêncio, "o gelo", e iniciar uma conversa que interesse. O aspecto racial no Brasil costuma estar nessa condição de congelamento: os profissionais e os usuários costumam evitá-lo. Como visto anteriormente, a entrevistada disse que faz a coleta do quesito raça/cor por obrigatoriedade ou, ainda, diz não "colocar foco nisso".

Esse segundo aspecto da posição da entrevistada, de "não colocar foco nisso", no entanto, merece atenção, pois é aqui que ela sustenta de modo muito vigoroso um conjunto de argumentos que aponta o risco da discriminação como um efeito mesmo do que se pretende combater, quando "a diferença é, ela mesma, um fazedor de diferença, um *difference maker*" (PIERUCCI, 2013, p.129). Como aponta o mesmo autor: "A fixação do olhar na diferença pode terminar em fixação essencializante de uma diferença" (PIERUCCI, 2013, p.127). De fato, como apontam Santos e Santos (2013), que pesquisaram narrativas de profissionais da atenção primária sobre a PNSIPN, muitas vezes a questão racial é entendida pelos profissionais como desnecessária ou promotora de discriminações. Esse saber prático da ATA, destacado pela fala "acho que você começa a dividir as pessoas por... qualificar as pessoas, não?", alerta para o risco de as políticas identitárias dificultarem a configuração do comum. No entanto, não se pode deixar de pensar nos riscos de se repetir uma solução próxima à daquela construída historicamente no Brasil: a da democracia racial.

Outra fala da ATA que merece destaque é: "(...) se ela é branca, preta, para mim tanto faz. Para mim, a gente tem que ver a pessoa, então eu acho que é indiferente. Eu acho que não tem necessidade nenhuma, mas... vai tratar a pessoa diferente só porque ela é de outra cor, né?". Se os enunciados do "tanto faz" e do "indiferente" afirmam o lugar do humano como universal e abrem para uma ética do universal na saúde, não podem prescindir da discussão sobre a equidade no SUS:

> o advento do Sistema Único de Saúde no final da década de 1980 – em sua afirmação da saúde como um direito universal – veio na contramão desse movimento mundial de desmonte do Estado, ao apontar exatamente para o dever do Estado em promover os direitos. O resultado foi a estruturação de uma reforma orientada para a universalização, mas, ao mesmo tempo, sensível à existência de características específicas na população. O princípio da equidade, presente no texto do Sistema Único de Saúde, expressa bem essa busca. (FAUSTINO, 2017, p.3.834)

As fichas de identificação que vão (cada vez mais) destacando particularidades, como sexo, idade, raça/cor, diagnóstico, entre outras, necessariamente impõem um exercício de diferenciação estigmatizante do particular? Como colher aspectos e informações que denotam a diferença sem o engessamento nessa posição, sem perder de vista a singularidade? Afinal, este é o objetivo do CAPS: a reinserção/inserção nos espaços comuns, no laço social, no universal. Contudo, trata-se de uma inserção/reinserção na qual caibam as particularidades, as

diferenças, as identificações e, acima de tudo, as singularidades. O aquilombamento dos CAPS visa dar luz às singularidades, pois "afirmar que o mundo não se reduz à Europa contribui para reabilitar a singularidade e a diferença" (MBEMBE, 2014, p.265).

Finalmente, será destacada a referência ao constrangimento. Quando a profissional diz que acha essa pergunta "chatíssima", "que acha ridículo" e "que sente vergonha de perguntar", ela expressa sentimentos comuns a muitos profissionais: "o tema pode provocar reações intensas e contraditórias (...) como dor, raiva, tristeza, sentimentos de impotência, culpa, agressividade e etc." (BENTO, 2002, p.148). Constrangimento é uma dimensão afetiva, um elemento que indica que há dimensões psicossociais que estão em jogo que não são respondidas pelas informações das "cartilhas" de combate ao racismo: as afetações que as relações raciais produzem precisam ser acolhidas em dispositivos de educação permanente no serviços. "Nem a consciência da condição de negro, nem o engajamento em relação às lutas políticas contra a discriminação racial são suficientes para modificar a condição do negro, na medida em que os sentimentos do racismo inscritos na psique permaneçam não elaborados" (NOGUEIRA, 1998, p.8).

Embora se vislumbre um período no qual as diferenciações e as identificações não serão necessárias, na contemporaneidade ainda se faz necessário exigir igualdade a partir das diferenças. Desse modo, raça, gênero, classe e faixa etária são aspectos basais. Não há como não levá-las em consideração nas análises das relações humanas e elas não devem ser consideradas independentes, pois, muitas vezes, se interseccionam (como afirmado anteriormente).

Esses aspectos são centrais nos dias de hoje, sendo necessário que as instituições de saúde estejam cientes e capacitadas para os exercícios das políticas e dos instrumentos que privilegiam esses fatores.

> Enquanto persistir a ideia segundo a qual só se deve justiça aos seus e que existem raças e povos desiguais, e enquanto se continuar a fazer crer que a escravatura e o colonialismo foram grandes feitos da "civilização", a temática da reparação continuará a ser mobilizada pelas vítimas históricas da expansão e da brutalidade europeia no mundo. (MBEMBE, 2014, p.297)

A primeira fala do gerente traz a importância de ampliar a visibilidade e a "dizibilidade" do tema no serviço. Quando o gerente olha para a instituição, percebe que a temática étnico-racial fica ignota ou em segundo plano, como uma "variável sombra" no dia a dia dos equipamentos de saúde mental. Ele sinaliza a necessária incorporação de sensibilidade que a equipe precisa construir, bem como a necessidade da inclusão do tema como questão para o serviço e não apenas como problema que tem lugar a partir da demanda do usuário, ou melhor, quando um usuário ou profissional trouxer, de modo direto, o assunto. O gestor destaca ainda a riqueza que foi ter em sua equipe uma profissional que não apenas estava consciente da existência do racismo, mas demonstrava qualidades diversas para trabalhar as questões que o racismo pode suscitar, além da profissional convocar o restante da equipe para essa reflexão e atuação.

> Pergunta: Tem algum caso ou situação que você pensa/lembre que dialoga com as questões raciais?
>
> A primeira coisa que eu penso não é nem tanto a partir de um caso, mas acho que talvez mais de uma situação, de um acontecimento, que foi a chegada da J., que foi a nossa oficineira, não sei se ela já apareceu em alguma outra conversa.
>
> **A J. traz essa discussão muito firme desde que ela chega, acho que (...) pela história dela, de estar envolvida com movimentos de discussão de raça, etc**., com uma pegada aí pela via da cultura. Então, ela traz para a gente – por exemplo – numa situação – não me lembro se foi no Dia da Consciência Negra, acho que foi – que era o movimento crespo, que além de ter uma pegada mais feminista, tinha essa coisa do cabelo crespo e tal e foi bem bacana. Isso na verdade **suscita dentro da unidade, tanto na relação com os usuários, como principalmente na relação com a equipe, essa discussão sobre o racismo**. Então, acho que isso, **essa chegada dela traz esse campo de visibilidade e de discussão para essa questão**, que, **acho que posso dizer muito tranquilamente, não permeia nosso cotidiano. Eu acho que esse é um assunto que, sim, entra em alguns casos, mas quando isso é trazido ou verbalizado diretamente pelos usuários**, assim. Não vou lembrar agora exatamente o nome de alguns usuários, talvez seja até algum desses que você já pontuou, mas que [dizem] "olha, estou sofrendo alguma coisa na escola por causa disso" ou, então, "tive uma situação experienciada na minha história por causa daquilo", mas... então é isso. **Quando aparece claramente, acho que isso entra como uma questão clara, mas eu acho que quando esse aspecto da história de cada usuário, ou de cada família, ou mesmo das escolas que chegam aqui, vem de forma velada, eu não acho que a gente tem um debruçar-se sobre essa questão, não, pelo menos não na intensidade que o tema merecia.** Eu acho que a gente é bastante, enquanto equipe, acho que nesse sentido de dar essa... de facilitar essa percepção, **eu não acho que a gente tem a dedicação que poderia ou que deveria ter, acho que é isso. Quando aparece algo mais declarado, sim, mas, no cotidiano, eu não acho que a gente faça isso.** Acho que no período que a J. esteve aqui, sim, acho que ela traz isso muito mais vivo, acho que tanto – de novo – pela percepção, pela sensibilidade que ela tem

> para o tema, pela história dela e por dar essa visibilidade. Acho que por trazer essa discussão dessas outras coisas que ela está envolvida, seja da contação de histórias, que não são histórias tradicionalmente conhecidas, vamos dizer assim, mas que tem aí uma pegada mais afro e tal. Acho que então para poder falar desse campo de cultura, acho que ela vai trazendo essa discussão – de novo – **quando ela trouxe lá o movimento crespo, eu lembro que teve uma situação, inclusive de muita... de um embate entre algumas pessoas da equipe que foi bem difícil assim, bem tenso, isso reverberou ainda acho que pelo menos mais uma semana, aquele clima pesado lá, dava para cortar com a faca de tão pesado que ficou. Que é isso, as pessoas foram dizendo o que entendiam como preconceito, como racismo e aí surgem aquelas frases que – de novo, também vou te dizer agora, muito pessoalmente – eu não manejo bem assim, não tenho... cada vez que eu vou falar disso, fico cagando de medo disso**. Essa parte você pode ajudar. Não, de usar conceitos que é a mesma coisa, por exemplo, quando eu vou fazer uma discussão de LGBTQI, que assim, para mim que não tenho propriedade tanto quanto poderia ou deveria ter, eu faço uma confusão e fico sempre preocupado mesmo com usar um ou outro conceito, que é isso, é um pouco nessa. Trazendo para outro campo, quando a gente fala de um psicótico "ah, mas ele é doido, é maluco", quando a gente fala isso numa conversa, isso pode ser super afetuoso e cuidado, tal. Entender que, sim, é maluco, é esquisito, tem uma vida esquisita de acordo com algum padrão, de alguma referência, mas o quanto isso pode ser violento e tal, então. E aí quando ela traz isso então, tem essa situação com algumas... acho que com umas duas, três pessoas da equipe, que foi bem difícil. **Mas acho que é isso, nessa situação específica, pelo menos quando isso acontece, dá visibilidade e divisibilidade para isso, e aí, isso por um tempo reverbera e vem para a discussão de equipe, ela traz e apresenta algumas coisas, mas acho que depois da saída dela, talvez – de novo – meio que naturalize ou minimalize essa história. Essa discussão aparece quando aparece declarado, não acho que a gente tenha ainda incorporado a sensibilidade que a gente precisava ter para esta questão.** (Entrevista com o gerente, que se autodeclara branco, grifos nossos)

Considera-se que a postura do gerente colabora para o que é chamado de "diagnóstico da discriminação institucional" (CFP, 2017), uma vez que reconhece o insuficiente conhecimento da temática racial pelo serviço. Chama-se de diagnóstico da discriminação institucional a capacidade de autoavaliação de um serviço quanto a possíveis posturas racistas para a construção de uma postura antirracista.

Para a efetivação desse diagnóstico, é necessário: olhar para o histórico da instituição, ponderar se em algum momento as relações raciais foram trabalhadas; analisar como a instituição lida com as pessoas atendidas dentro das suas especificidades raciais; se a equipe tem em seu quadro diversidade racial; se o Projeto Terapêutico Institucional contempla a perspectiva racial; se existem materiais de publicidade, comunicação e formação que contemplam as diversas raças; se o orçamento da instituição considera e inclui as diversidades raciais; ou se os materiais específicos de trabalho (no caso do CAPSij, jogos, bonecas(os), revistas, filmes, gizes

de cera, lápis de cor, livros e fantasias) contemplam a raça negra; o levantamento de práticas do equipamento com o território e a comunidade; se o trabalho intersetorial e de rede buscam instituições que fazem o recorte racial; a investigação sobre a diversidade racial dos seus usuários e do território; e, por fim, se fornecedores em geral e as empresas que prestam serviços estão atentos e implicados com as questões raciais em seus quadros e produtos (CFP, 2017).

Em tal processo diagnóstico, é necessário ficar atento aos efeitos que produz: a equipe tem de lidar com a possibilidade do "clima pesado, que dá para cortar com uma faca", como aponta Bento (2002), pois os profissionais, ao discutir o racismo, "esperam abordar uma opressão que 'está lá' na sociedade, e não em algo que [os] envolva diretamente, ou que envolva a instituição da qual fazem parte. Nem sempre estão [desejosos] de admitir que, se são [brancos], em alguma instância são [beneficiários] do racismo" (BENTO, 2002, p.148).

O gerente chama a atenção, ainda, para a diferença entre demanda e encomenda, sinalizando que é tarefa do serviço tal trabalho mesmo que ele não apareça formalmente solicitado. Aponta também os limites da política no seu plano formal, insuficientes para que o trabalho seja incorporado de maneira efetiva pelas equipes.

> **Pergunta: Você acha que o território demanda o trabalho das relações raciais?**
>
> ((silêncio))
>
> Resposta: Acho que se pensar em termo de demanda, sim. Se pensar em termo de encomenda, não. Não tem um pedido para lidar com isso, pelo menos eu nunca me lembro de ter ouvido de nenhuma instituição, escola, conselho tutelar, da agente de saúde, nada, não me lembro disso ter aparecido como uma questão "vamos cuidar disso", não lembro mesmo.
>
> **Pergunta: Essa encomenda, como você disse, não apareceu?**
>
> Resposta: A encomenda não aparece no sentido "precisamos lidar com isso", não. Agora que isso faz parte da demanda, sem dúvida. Por que é isso, isso atravessa um monte de instituição, só não falamos disso, que é essa coisa da... e aí você precisa de ferramentas para lidar com isso mesmo. Não sei se isso é banalizado ou naturalizado. "Não nós estamos... isso não é uma questão para a gente", quando na verdade é uma puta de uma questão. E aí, eu acho que é mais banalizada essa questão do que naturalizada, no sentido de incorporada.
>
> **Comentário do pesquisador: Sim.**

> Resposta: Então é isso, acho que tem uma demanda, mas não se fala disso assim, pelo menos não que eu me lembre dessa encomenda direta assim, "precisamos falar sobre essa questão". Acho que aparecem outras questões de outras minorias, da mulher, do LGBT, do... Acho que até dos sul-americanos, tem aqui inúmeras reuniões de gerentes e de discussão de território. Aparece muito, que é a história dos bolivianos, que isso é uma puta de uma questão também para o território, mas da população negra, não lembro de... para dizer que não teve absolutamente nada, participei nesses seis anos que eu estou aqui, acho que de duas conferências ou pré-conferências, não vou lembrar exatamente, que era da saúde da população negra, mas é isso, como um evento mais... acho que mais formal, um pouco mais nesse sentido, mas é isso.

Para pesquisadores(as) da temática étnico-racial, como Kalckmann et al. (2007), nos equipamentos de saúde "há uma tendência a minimizar as queixas" (KALCKMANN et al., 2007, p.151) da população negra. Quando o gerente relata que não existe uma "encomenda" do território e reconhece uma banalização e/ou naturalização da invisibilidade da saúde da população negra, que acaba sendo presença formal apenas em datas específicas como o Dia da Consciência Negra ou nas (pré)conferências de saúde, reconhece o ensurdecimento da voz do território e dos usuários do equipamento, fruto do racismo institucional que estrutura as organizações brasileiras.

Se forem escutadas as vozes dos usuários que querem falar do racismo, como se observa na atividade terapêutica que os profissionais do CAPSij pesquisado fizeram no final de junho de 2017 quando perguntaram para os adolescentes quais os temas que eles gostariam de abordar nas convivências e o primeiro da lista foi racismo, seguido por música, sexo, maus-tratos aos animais, feminismo, família, aborto, educação, crise de ansiedade e ilusão, observa-se a relevância desse tema para os usuários. Ver Figura 2, a seguir.

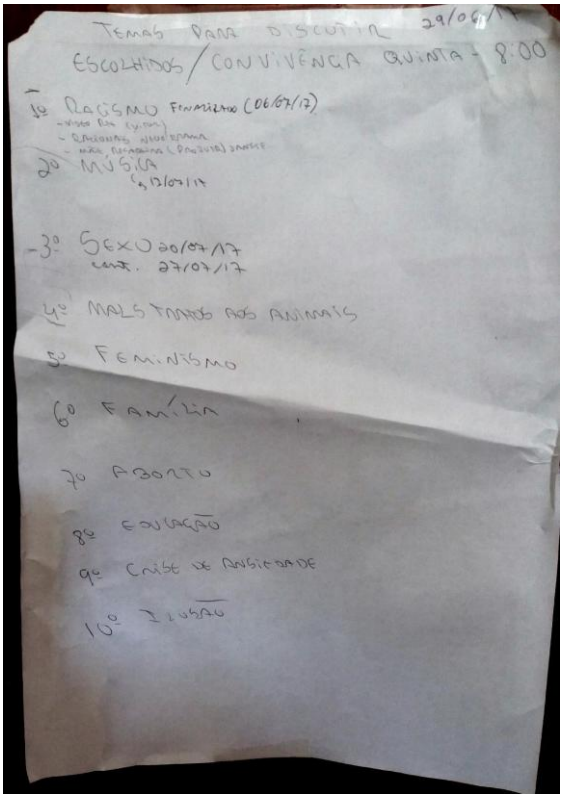


Figura 2 – Temas escolhidos pelos adolescentes do CAPSij pesquisado.

Fonte: Arquivo pessoal.

Camargo et al. (2012) auxilia a pensar a reação dos adolescentes negros periféricos e dos territórios negros periféricos, que costumam ser classificados como perigosos, violentos e agressivos. Todavia, esse ataque, ameaça e violência, enquanto uma tentativa de *se fazer respeitar*, seria uma reação à invisibilidade do Estado, a naturalização e a banalização que o gerente relata. É necessário tomar a suposta violência desses territórios, crianças e adolescentes como um pedido de reconhecimento de suas potencialidades e de sua existência.

> (...) o racismo, por conta de sua força ideológica e cultural, incita um duplo processo de exclusão social da população negra, posto que promove um extermínio identificatório, principalmente da criança e do adolescente negro que não quer se reconhecer como tal, e da sociedade que não o reconhece como sujeito de potencialidades. Semeado cotidianamente, o racismo, em sua invisibilidade, pode produzir transformações de ordem psicológica e social na vida desses indivíduos, colocando-os constantemente em estado de alerta, com medo de ser atacado, violentado, discriminado, mas muitas vezes também atacando, ameaçando, violentando, na tentativa de impor limites e se fazer respeitar. (CAMARGO et al., 2012, p.352)

Considera-se que o racismo, suas formas de humilhação e seus possíveis efeitos sempre foram demandas de cuidado da população negra e que equipamentos de saúde como os CAPS são os serviços adequados e potentes para esse cuidado, em razão de seu projeto ético-político. Contudo, quando esses equipamentos não se apropriam das PNSIPN, podem entrar em contradição, constituindo-se "políticas que governam para vida, mas que também governam para a morte quando permitem a não implementação e a violação dos direitos desses sujeitos" (SCISLESKI et. al. 2016, p.92). Sabe-se que se os CAPS e a reforma psiquiátrica se implicarem – ainda mais – na luta antirracista, esses equipamentos irão ganhar em potência e se aproximarão de cuidados que admitam equidade racial.

As equipes dos CAPS, quando atentas às dimensões étnico-raciais, reconhecem os territórios como racializados, fomentando intervenções terapêuticas que privilegiam o território como espaço de

> convívio entre diferentes, de realização de trocas simbólicas e culturais, enfim, lugares e práticas que desconstroem, em seu fazer cotidiano, uma arraigada cultura de exclusão, invalidação e silenciamento dos ditos loucos, ao promover intervenções no território que revelam possibilidades de encontro, geram conexões, **questionam os preconceitos** e fazem aparecer a novidade: a presença cidadã dos portadores de sofrimento mental. (CFP, 2013, p. 93, grifos nossos)

Essa presença cidadã historicamente foi garantida no SUS nas instâncias de controle social. A participação dos usuários dos serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, somada às vozes dos movimentos negros, nos conselhos e conferências de saúde, pode conectar duas vozes comumente ensurdecidas, a dos "loucos(as)" e a dos pretos(as). O fortalecimento dos temas reforma psiquiátrica e saúde da população negra nos planos estaduais e municipais de saúde contribui para a redução das vulnerabilidades e para a desconstrução de estigmas e preconceitos no âmbito do SUS.

> **Pergunta: Nesses eventos, a saúde mental da população negra foi pautada? Se foi, como?**
>
> Resposta: Sim. Em alguns momentos, sim. Inclusive essa era uma discussão que a gente "que é isso? Bom, já que estamos lá, enquanto saúde mental, o que a gente pode contribuir aqui?". Então, eu lembro que isso apareceu, não vou lembrar exatamente quais são os pontos, mas eu lembro

> que... talvez a gente precisasse recuperar aí os documentos da... como chama o documento final lá das conferências? **Porque eu lembro que em todas elas a gente sempre colocou alguma coisa, ainda que fosse no sentido de chamar a atenção para a saúde mental da população negra, de que jeito, como, nós não sabemos ainda, mas de poder... de cavar um espaço ali para falar disso. Então sim, nos relatórios finais têm, pelo menos nessas duas que eu participei, eu lembro que teve.** Mas é isso, acho que... que vira e mexe a gente tem aquelas coisas "ah, dia do diabetes, dia não sei do quê, dia não sei do quê". Acho que o movimento negro aparece no Dia da Consciência Negra, "tem? Ah, isso também tem". Então, repensando agora a coisa do encaminhamento das demandas, anualmente tem, a secretaria faz a Semana da Consciência Negra e tem a solicitação para todas as unidades fazerem alguma coisa.

O gerente relata que os trabalhadores do CAPSij não deixaram de marcar a necessidade de pautar a saúde mental da população negra em todas as (pré)conferências "como, nós não sabemos ainda mas, poder cavar um espaço ali para falar disso (...)". Assim, esse equipamento demonstra estar ancorado em uma ética reformista e libertária, posição que fica ainda mais evidente quando a gerência reconhece as limitações do equipamento. Contudo, o compromisso com a luta antimanicomial fica manifesto.

O entendimento que equidade racial é pauta urgente para a reforma psiquiátrica brasileira e para o SUS aos poucos tem crescido nos fóruns da luta antimanicomial. Exemplo desse reconhecimento é o parágrafo da recente *Carta de Bauru – 30 anos*, datada de dezembro de 2017 e redigida por diversos representantes da vigente reforma psiquiátrica (membros da sociedade civil, usuários dos equipamentos substitutivos de hospitais psiquiátricos do SUS, trabalhadores, docentes, estudantes, pesquisadores, gestores, entre outros), que diz:

> Não podemos deixar de frisar o avanço do conservadorismo e da criminalização dos movimentos sociais, defendemos a diversidade sexual e de gênero, as pautas feministas, a igualdade racial. Somos radicalmente contra o genocídio e a criminalização da juventude negra, a redução da maioridade penal, a intolerância religiosa e todas as formas de manicômio, que seguem oprimindo e aprisionando sujeitos e subjetividades. Apontamos a necessidade urgente de articulação da Luta Antimanicomial com os movimentos feministas, negro, LGBTTQI, movimentos da população de rua, por trabalho, moradia, indígena entre outros, a fim de construirmos lutas conjuntas. (parágrafo penúltimo da *Carta de Bauru – 30 anos*, 2017)

Esse movimento, que aqui foi chamado de *aquilombamento*, reconhece que o racismo de Estado age (também) em lógicas manicomiais. Sabe-se que crianças, mulheres, população LGBTTQI, população de rua, indígenas e negros costumam ser os alvos, e isso exige resistência. Conforme o gerente do CAPSij relatou, a saúde mental da população negra não pode ser datada com eventos anuais nos meses de novembro (quando se celebra o Dia e Mês da Consciência Negra).

Conforme abordado anteriormente, o manicômio historicamente foi uma das estratégias políticas de poder e de controle que afastou o negro não só da sociedade, mas também da possibilidade de se identificar racialmente de maneira positiva. As paredes das grandes prisões manicomiais têm sido derrubadas na contemporaneidade; contudo, para a população negra novas tecnologias manicomiais têm sido estrategicamente reinventadas: o sistema judiciário, que interna na maioria negros compulsoriamente; as instituições de segurança pública, ainda militarizadas, que promovem o genocídio da população preta, sendo em sua maior parte jovens, homens e pobres; a medicina psiquiátrica com contemporâneos diagnósticos que rotulam crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, em sua maior parte, negros periféricos. Diagnósticos de transtornos de conduta, hiperatividade e transtorno desafiador-opositor, por exemplo, fazem de crianças e adolescentes negros cobaias experimentais de psicotrópicos e das instituições farmacológicas. Há, ainda, as comunidades terapêuticas, que imperativamente aplicam preceitos religiosos (na sua maioria neopentencostais e católicos) como pseudotratamentos, atingindo diretamente a cultura afro-brasileira e reconhecendo manifestações espirituais características das religiões de matriz africanas ou afro-brasileiras como demanda de "tratamento".

Conforme o gerente alerta em seu relato, os equipamentos de saúde (em geral), naturalizam ou banalizam as iniquidades raciais, desconhecem as demandas de saúde da população negra, não estão apropriados da PNSIPN e de conceitos fundamentais para o cuidado em saúde mental da população negra. Desse modo, "o desafio que está posto para a saúde coletiva é o de inaugurar um novo processo de escuta e reconhecimento dos diferentes valores e práticas civilizatórias que constituem a sociedade brasileira. Rompendo, assim, com o olhar preconceituoso e racista" (ALVES; JESUS; SCHOLZ, 2015, p.878).

Ao final da entrevista, o gerente foi convidado para a reflexão sobre o lugar do branco nas relações raciais.

> Pergunta: As relações raciais são uma questão para os brancos?
>
> Resposta: Acho que os dois, acho que é isso. **Tivemos pessoas que chegaram aqui porque foram vítimas do racismo**, **mas apareceu também, talvez, muito poucas situações que aqui dentro isso aparece e "não quero ficar no espaço coletivo porque tem uma pessoa negra comigo, nesse mesmo espaço".** Então acho que aparece isso para os dois, para os dois lados. (Entrevista com o gerente, que se autodeclara branco, grifos nossos)

A lembrança do gerente é primorosa, pois explicita a construção imaginária social, de superioridade na branquitude, segundo ele um usuário diz "não quero ficar no espaço coletivo porque tem uma pessoa negra comigo, nesse mesmo espaço". Essa construída hierarquia racial, que oferece ao branco o topo, não é prerrogativa de adultos, afinal a grande maioria das crianças vivem em espaços onde o ideal da brancura restringe de maneira exclusiva as "culturas infantis e elenca um conjunto de elementos – como a negação da história e da cultura africana, a escassez de brinquedos que representam os negros, a valorização de uma estética eurocêntrica –, enquanto forma pela qual a branquitude institui-se como norma" (CARDOSO; DIAS, 2017, p.303).

Para Müller e Cardoso (2017, p. 13), uma das condutas da branquitude é o "poder de classificar os outros como não brancos, dessa forma, significa ser menos do que ele. Ser branco se expressa na corporeidade, isto é, a brancura, e vai além do fenótipo. Ser branco consiste em ser proprietário de privilégios raciais simbólicos e materiais". Outro privilégio da branquitude se apresenta nas dinâmicas grupais de vida, segundo Schucman (2014), um dos pressupostos de estar inserido em um grupo racializado, como os negros na sociedade brasileira, é que o grupo tem predominância sobre o indivíduo, cada sujeito negro responde pelo grupo racial como um todo. Já o privilégio simbólico da branquitude é que cada sujeito (branco) responde por si só.

> No entanto, paralelamente à negritude, pouco se escreveu sobre a Branquitude na literatura brasileira. É como se a consciência de ser branco não existisse no Brasil por causa da mestiçagem (sorriso!). Um silêncio sobre a Branquitude e as vantagens foi mantido por muito tempo diante do discurso sobre a Negritude e a identidade negra. Os negros conscientes e politicamente mobilizados lutavam contra as práticas de discriminação racial e as desigualdades dela decorrentes e precisavam por isso se

> mobilizar através do conceito da Negritude como plataforma política, mas os brancos como todos os vitoriosos estavam no topo e talvez não precisassem dessa mobilização. Eles não precisavam gritar e proclamar sua Branquitude, pois o tigre não precisa proclamar sua "tigritude"; sendo o "rei" da selva ele simplesmente ataca silenciosamente quando sua sobrevivência o exige. São os outros, oprimidos negros, mulheres e homossexuais que precisam gritar e proclamar sua identidade. Talvez isso pudesse explicar a estratégia do silêncio e a não proclamação da identidade branca, apesar da consciência das vantagens que ela oferece no universo racial brasileiro. (MUNANGA, 2017, p.10)

O que as instituições podem fazer para intervir sobre esse cenário? Para Bento (2002), as instituições podem/devem abordar alguns pontos, desde o início. A autora destaca três deles, a saber: (1) reconhecer que o racismo afeta brancos e negros de modo problemático, todavia o impacto para cada grupo racial é distinto; (2) quando as pessoas adquirem uma perspectiva crítica sobre o racismo e seu funcionamento, elas devem se implicar com a quebra desse ciclo, tentando reconhecer, interromper e mudar seu comportamento, deixando de responsabilizar (apenas) a família, a escola, as mídias, em uma conduta projetiva; (3) posicionar-se buscando mudança, dando exemplos e enfatizando as posturas antirracistas, individualmente e institucionalmente, mesmo sabendo que essa mudança ocorrerá em um processo de longo prazo, ao longo da vida.

Como o próprio gerente disse, essa é uma questão "para os dois lados". Porém, o branco não costuma se perceber como branco, como racializado (FRANKENBERG, 1999), o que dificulta a análise e a intervenção. Para Schucman (2014), a maneira que a brancura pode se desassociar da branquitude passa pelo reconhecimento, pela aquisição da consciência dos privilégios, pelo entendimento da estrutura social racista e pela negociação de sua branquitude. Isso deve acontecer na própria identidade racial branca, na construção de novos sentidos do que é ser branco, em uma desvinculação de brancura da branquitude. Esse processo foi pesquisado nos estudos da antropóloga afro-americana France Winddance Twine (2004, 2006, 2007), em especial o conceito de "*racial literacy*"[74] – letramento racial –, que Schucman (2014) traduziu da seguinte maneira:

[74] "Racial Literacy significa literalmente alfabetização racial. Penso que a melhor tradução para o conceito seria letramento racial, pois a ideia de letramento está mais ligada à ideia de conhecimento do saber, da cultura envolvida. Seria, portanto, a competência de utilizar a linguagem adequada para cada situação social necessária" (SCHUCMAN, 2014, p.172).

> "Racial Literacy" é um conjunto de práticas que pode ser melhor caracterizado como uma "prática de leitura"– uma forma de perceber e responder individualmente às tensões das hierarquias raciais da estrutura social – que inclui o seguinte: (1) o reconhecimento do valor simbólico e material da branquitude; (2) a definição do racismo como um problema social atual, em vez de um legado histórico; (3) um entendimento de que as identidades raciais são aprendidas e um resultado de práticas sociais; (4) a posse de gramática e um vocabulário racial que facilita a discussão de raça, racismo e antirracismo; (5) a capacidade de traduzir e interpretar os códigos e práticas racializadas de nossa sociedade e (6) uma análise das formas em que o racismo é mediado por desigualdades de classe, hierarquias de gênero e heteronormatividade. (TWINE, 2006, p.344 *apud* SCHUCMAN, 2014, p.172, em tradução livre)

Quando um equipamento/instituição público ou privado decide exercitar o letramento racial, em uma sociedade estruturada na lógica racista, a reação preconceituosa é imediata. A mesma autora relata justamente um episódio que aconteceu em uma instituição de ensino infantil, em outubro de 2011: a Escola Municipal de Educação Infantil (EMEI) Guia Lopes foi pichada com a frase "vamos cuidar do futuro das nossas crianças brancas". Essa instituição de ensino estava implementando a Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003.[75]O cumprimento da lei exigiu mudanças do currículo escolar e do projeto pedagógico da escola, questões raciais passaram a ser discutidas em sala de aula e as festas da instituição ganharam aspectos afro-brasileiros (Schucman, 2014). O preconceito racial se fez inscrito nos muros, como resposta ao movimento de equidade racial e inclusão étnico-racial. Ver Figura 3, a seguir.

[75]"Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática 'História e Cultura Afro-Brasileira', e dá outras providências. [como:] (...)§ 1º O conteúdo programático a que se refere o caput deste artigo incluirá o estudo da História da África e dos Africanos, a luta dos negros no Brasil, a cultura negra brasileira e o negro na formação da sociedade nacional, resgatando a contribuição do povo negro nas áreas social, econômica e política pertinentes à História do Brasil. § 2º Os conteúdos referentes à História e Cultura Afro-Brasileira serão ministrados no âmbito de todo o currículo escolar, em especial nas áreas de Educação Artística e de Literatura e História Brasileiras" (BRASIL, 2003).

Figura 3 – Pichação racista na EMEI Guia Lopes, localizada no bairro do Limão.

Fonte: SCHUCMAN, 2014, p.133.

Essa instituição de ensino, mesmo após a reação racista, não se abateu em seu propósito de cumprimento da lei. Em junho de 2016, a escola foi renomeada, seu patrono deixou de ser o General da Guerra do Paraguai (Guia Lopes). A escola passou a homenagear o ex-presidente da África do Sul, premiado pelo Nobel da Paz em 1993. Desde então, o nome daquela instituição de ensino infantil é EMEI Nelson Mandela.[76] A Figura 4 ilustra o muro da escola atualmente.

[76] Ver mais em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/escola-que-foi-pichada-com-frase-racista-ganha-nome-de-mandela.ghtml>.

Figura 4 – Grafite do muro de entrada da EMEI Nelson Mandela.

Fonte: <https://noticias.bol.uol.com.br/especiais/professora-transformadora/index.htm#transformadora>. Acesso em: nov. 2017.

Os CAPS que decidirem se aquilombar possivelmente irão se deparar com reações semelhantes de parte do território e da comunidade local, afinal, o racismo é estrutural da sociedade brasileira e os privilegiados pela branquitude, quando problematizados e desfigurados, tendem a reagir visando o retorno do *status quo* da branquitude. Para Schucman (2014) o exemplo acima sinaliza uma reação perante à perda de privilégios simbólicos, uma vez que o sistema educacional brasileiro ratifica ao longo dos anos um ensino eurocêntrico, baseado no ensino cristão e branco, formação que visa à manutenção da valorização da cultura/sujeitos europeus e estadunidenses em detrimento de outras populações, que o usuário ecoa quando verbaliza não querer ficar no espaço de convivência, porque ali há negros, possivelmente ancorado em uma crença que é superior racialmente e/ou que detém poder sobre a organização/composição daquele espaço público.

Finalmente, na conclusão da entrevista, o gerente foi convidado para a reflexão sobre o racismo institucional e a postura genocida do estado.

> Pergunta: E o Estado tem se mostrado como um grande agente preconceituoso, racista, autor de genocídio. Você, enquanto gestor, já

> pensou na questão do racismo institucional. Nunca pensou? Gostaria de pensar?
>
> Resposta: Acho que sempre gostaria de pensar mais do que já aconteceu assim, é isso. Como estava dizendo desde o começo da conversa, não me orgulho disso, mas é um assunto no qual eu não manejo os conceitos, não círculo bem. **Deveria? Acho que sim, me dedicar mais a isso, mas não tenho, é isso, não tenho esse registro do interior, assim de já ter pensado e discutido isso, e acho que isso vai talvez compondo algumas sutilezas do dia a dia, das relações, acho que das relações pessoais de trabalho e tal, mas enquanto uma questão institucional gostaria muito de poder,** acho que é isso, conforme a gente vai falando aqui, vou até pensando, sentindo mais o peso desse débito que eu tenho, essa dívida que eu tenho. Não, porque é isso, nunca me dediquei a isso, talvez essa como outras tantas questões não, diante de outras coisas, não foram priorizadas na minha vida, na minha história aqui não, é isso. Não me orgulho nenhum pouco disso, mas é isso, não vou também mentir nessa conversa.

O gerente reconhece que raça vai "compondo as sutilezas do dia a dia, das relações", mas que seu trato institucional ainda é insuficiente, ou, ainda, é um "débito". Para isso, a ampliação de ferramentas conceituais e analíticas seria importante: "talvez essa como outras tantas questões (...) não foram priorizadas na minha vida, na minha história, é isso. Não me orgulho nem um pouco disso, mas é isso". O fato do gerente entender que a sensibilidade para perceber a presença da temática racial nas relações micro e macropolíticas é fundamental pode contribuir com a análise e a transformação do racismo institucional no serviço e no território de inserção do serviço, bem como estimular sua equipe a "contribuir na busca de saídas mais efetivas para a erradicação dos efeitos do racismo na saúde mental" (SILVA, 2004, p.222).

Além disso, e pensando as conexões entre o trabalho clínico e institucional, é interessante prestar atenção na observação de Mbembe (2014, p. 11), que ajuda a reconhecer a importância de abrir escuta para a raça quando se trabalha com a atenção psicossocial de crianças e adolescentes com sofrimento mental: "como explicou Gilles Deleuze (2016), 'há sempre um negro, um judeu, um chinês, um mongol, um ariano no delírio' pois aquilo que faz fermentar o delírio são, entre outras coisas, as raças". Quando os CAPS se aquilombarem, esse tipo de manifestação será escutada com maior potencialidade e terá (ainda mais) lugar, para análise, cuidado e transformação, escapando do lugar naturalizado, banalizado, não notado.

Por fim, cabe destacar outras ações que podem ter grande potência de intervenção clínico-institucional, como as já referidas pelo gestor e equipe, como o caso da presença da oficineira no CAPSij e do Manifesto Crespo: as ações

socioculturais. Os CAPS, desde seu surgimento, como equipamento da reforma psiquiátrica, utiliza intervenções socioculturais, produzindo "trabalhos orientados por princípios como emancipação, autonomia, consciência crítica, dentre outros que não sejam reduzidos ao caráter terapêutico" (AMARANTE, 2007, p.76).

Na experiência de Abdias do Nascimento, no Teatro Experimental do Negro, fundado em 1994, encontra-se a tentativa de combater *O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado* (título de seu livro, 1978 (primeira edição) /2017). Nascimento valorizava a potencialidade do rebelar-se juvenil como possibilidade de trabalhar os sentimentos de frustração decorrentes do racismo e também como possibilidade de identificação racial, de transformação e produção de vida: "a juventude negra canaliza suas ansiedades para movimentos como estes intitulados 'Black Mad' ou de 'Soul', utilizando a música, a dança, o vestuário, o corte de cabelo e outros símbolos como demonstrativos de inconformismo e confrontação" (NASCIMENTO, 2017, p.164). Tal coincidência na direção ético-política entre a experiência de Nascimento e a aposta dos CAPSij na emancipação e na autonomia configura um vetor de intervenção que tem potência de combate ao genocídio do jovem negro brasileiro, como também sugere a campanha *O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra* (2017), que objetiva a "inclusão de práticas culturais afro-brasileiras, como capoeira, samba, maracatu, jongo, tambor de crioula, hip-hop, entre outras, manifestações ancestrais e contemporâneas de artes negras, nos programas de promoção da saúde" (BRASIL, 2017, p.27).

Para concluir, entende-se que para que a escuta e as práticas de cuidado do CAPSij contemplem as demandas da população negra, faz-se necessário não apenas o reconhecimento do racismo, o conhecimento da PNSIPN e a coleta do quesito raça/cor. É fundamental: conhecer a composição populacional do território, ter ciência do quantitativo de população negra do(s) território(s) e saber sua condição de vida;, obter uma articulação de rede intersetorial que vise as necessidades da população negra, seguindo a lógica da clínica ampliada;[77] conhecer e saber intervir nas doenças prevalentes na população negra; priorizar jovens e mulheres negras, uma vez que

[77]"A clínica ampliada considera fundamental ampliar o 'objeto de trabalho' da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). A ampliação mais importante, contudo, seria a consideração de que, em concreto, não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas" (CAMPOS; AMARAL, 2007, p.852).

estes são os grupos mais vulneráveis perante o racismo de Estado (mulheres negras, em geral, são vítimas da mortalidade materna[78] e os jovens negros são vítimas de homicídios); promover cultura de paz e não violência visando mulheres, jovens e idosos negros; promover gestão estratégica e participativa, que inclua ações voltadas à saúde da população negra nos Planos Anuais de Saúde; fortalecer as instâncias de controle social do SUS (convocando os movimentos negros para a participação nos conselhos e nas conferências de saúde); e implementar os comitês de saúde da população negra; por último (e não menos importante), exigir educação permanente, com a inclusão de temas de saúde da população negra e racismo (BRASIL, 2017).

> Não importa se o trabalho começará com o levantamento do quesito raça/cor, se pelo diagnóstico da discriminação racial ou pela formação dos profissionais e gestores na temática étnico-racial, o fato é que todos esses passos precisam ser contemplados para que o resultado seja a criação de serviços públicos e privados como ações afirmativas e, como tal, que sejam equânimes em sua composição e que seus profissionais, todos eles, do porteiro ao diretor geral, estejam apropriados do debate acerca do racismo (e do sexismo, e do classismo), o que implica também conhecer os marcos legais e lógicos sobre o tema, como o Plano Nacional de Saúde Integral da População Negra. (CFP, 2017, p. 118)

Essas ações iriam compor uma ética quilombola na RAPS, manteria viva as tradições culturais e religiosas da população negra, com a altivez das ancestralidades negras, aportadas na resistência de opressões historicamente sofridas.

[78]"Analisando a base de dados do Comitê de São Paulo, Martins encontrou maior razão de mortalidade materna para as mulheres pretas, atingindo 562,35/100 mil nascidos vivos, com risco relativo de 6,7. A razão total foi 56,15/100 mil nascidos vivos. É elevado o percentual de nascidos vivos de raça ignorada no município no período estudado, atingindo 45,73%, o que compromete avaliação desse resultado. Entretanto, as mulheres pretas apresentam maior razão de mortalidade materna em São Paulo, também na base capitais, respectivamente 301,20 e 323,62/100 mil nascidos vivos das Secretarias Municipais de Saúde ou MS" (MARTINS, 2006, p.2.476).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

> Enquanto persistir a ideia segundo a qual só se deve justiça aos seus e que existem raças e povos desiguais, e enquanto se continuar a fazer crer que a escravatura e o colonialismo foram grandes feitos da "civilização", a temática da reparação continuará a ser mobilizada pelas vítimas históricas da expansão e da brutalidade europeia no mundo.[79]

Este trabalho se assenta em estudos que evidenciam o vínculo entre loucura e população negra produzido em distintos cenários históricos e políticos. Tendo em vista que o racismo, enquanto relação de poder e sustentação de privilégios, produz subjetividades, podendo gerar sofrimento psíquico, afirma-se, que os aspectos étnico-raciais não devem mais configurar-se como *variáveis "sombra"* nos cuidados de saúde/saúde mental (Rosa; Campos, 2012).

A análise dos casos relatados pela equipe do CAPSij evidenciou como o sofrimento psíquico daquelas crianças e adolescentes expressam/denunciam a existência do racismo e seu poder de humilhação social, exigindo dos profissionais um cuidado em saúde antirracista. Se o racismo humilha, ele provocou e provoca desumanização, assim como a manicomialização que coisifica aquele que é (e foi) acometido por essa lógica.

Tal cuidado poderia estar endereçado nas seguintes perguntas: A reforma psiquiátrica brasileira está disposta a perguntar, qual é (ou tem sido) a sua raça/cor? Qual a singularidade dos sofrimentos psíquicos identificados na população negra? Como reconhecer e transformar as heranças coloniais nas práticas de cuidado e nos "saberes" em saúde mental contemporâneos?

Considera-se que os avanços das políticas de saúde/saúde mental ancoradas na luta antimanicomial e nas reformas sanitária e psiquiátrica já trazem uma série de elementos capazes de dar visibilidade e ferramentas de intervenção no tocante às demandas referentes à população negra (como visto com a noção de clínica ampliada e territorialização, por exemplo). No entanto, considera-se também ser de fundamental importância um olhar singular para as demandas da população negra, como indica a Política de Saúde Integral da População Negra (PSIPN).

[79] MBEMBE, 2014, p.297.

Para isso, foi proposto o *aquilombamento* dos CAPS, como uma direção ético-política e como mutação subjetiva que põe em jogo um *devir negro*. Devir negro é aqui entendido na acepção que lhe dá Mbembe (2014, p. 296), como "possibilidade de construção de uma consciência comum do Mundo" que ganha na contemporaneidade uma maior força em função do "caráter descartável e solúvel da humanidade no neoliberalismo" (MBEMBE, 2014, p. 18).

Assim como a luta antimanicomial propôs abandonar os paradigmas da saúde/doença, normal/anormal, sanidade/loucura, aquilombar-se é sair do paradigma racista, trabalhando pela desinstitucionalização do racismo como relação de poder. Tal processo põe em jogo, como colocou em relação à loucura, duas ações: sustentar o desejo da diferença, mas trabalhar também pela produção do comum.

Como sugere Mbembe (2014, p.296), "o caminho passa pela produção, a partir da crítica do passado, de um futuro indissociável de uma certa ideia de justiça, da dignidade e do *em comum*", que exige políticas de justiça, de equidade, de restituição e de reparação. Estas são políticas que afirmam as utopias das lutas abolicionistas e das potentes e transformadoras revoltas negras e, entre elas, podem-se citar: a Revolta do Haiti (1804); a Revolta dos Malês (1835); a Revolta da Balaiada (1838-1841), com participação ativa do Quilombo dos Costumes, no Maranhão; o Quilombo do Malunguinho, em Recife, Pernambuco (1817-1835); o Quilombo dos Palmares, na Serra da Barriga, Alagoas (princípio do século XVII até 1695); aos recentemente considerados quilombos urbanos, como Aparelha Luzia no município de São Paulo (2016) e Terça Afro, também no município de São Paulo (2013).

Todavia, a direção ético-política do comum não abandona as diferenças: "o que teremos que imaginar será uma política do ser humano que seja fundamentalmente uma política do semelhante, mas num contexto onde, é verdade, o que partilhamos em conjunto sejam as diferenças" (MBEMBE, 2014, p.297). Desse modo, o projeto do *comum* não é oposto ao desejo de diferença (MBEMBE, 2014, p. 305).

Encontrar o *comum* nas diferenças, afastaria o risco da nova manicomialização das raças, enquanto a paralisação cega nas identidades pode levar a novas segregações, fragmentações e distância social, assim como à patologização de reações singulares de combate ao racismo.

Finaliza-se esta pesquisa destacando-se as últimas duas estrofes do poema que abriu o Capítulo 4, em que o poeta Akins Kintê, morador da zona norte de São Paulo, chama a atenção da juventude negra para o genocídio promovido pelo racismo de Estado e para uma reação ativa: "ir pra briga" visando liberdade (mesma ética dos CAPS). É válido lembrar que o território de Serra da Barriga, é local que abrigou o Quilombo dos Palmares, por último convida (e convoca) a juventude para aquilombar a comunidade, posição afetiva, *devir negro*, que faz de cada coração um quilombo.

> Juventude negra de atitude
> estudando é ficar ligeiro com a Rota
> que nos quer faz uma cota
> depois é ir pra briga, lutar pela liberdade
> o que fizemos por serra da barriga
> o dobro façamos por nossa comunidade
>
> se não rola, relaxa, marcha e siga
> façamos de nosso coração um quilombo uma nação
> uma serra da barriga
>
> (KINTÊ *apud* JESUS; GUELEWAR, p.43, 2016)

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial II Infantil Casa Verde, Cachoeirinha e Limão.

Você está convidado(a) a participar da pesquisa "Saúde mental e dimensão étnico-racial: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantil" (título provisório), realizada por Emiliano de Camargo David, aluno do curso de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Profª. Dra. Maria Cristina Gonçalves Vicentin. O objetivo dessa pesquisa é analisar a atuação de profissionais de um CAPSij frente aos possíveis sofrimentos psíquicos relacionados ao racismo. O pesquisador participará como observador/participante de diversos momentos junto à equipe do CAPSij Casa Verde/Cachoeirinha/limão.

Com o objetivo de compreensão da dinâmica de funcionamento do equipamento, como parte da contextualização do serviço, serão entrevistados alguns profissionais. Sua participação implica a realização de uma entrevista que pode durar em torno de uma hora e será gravada em áudio para posterior transcrição e análise. Somente os pesquisadores autorizados poderão escutar ou ler as transcrições para uso na pesquisa. Durante a entrevista, você pode solicitar ao entrevistador que desligue o gravador ou até que sejam apagadas partes da entrevista. Além disso, poderá interromper sua participação em qualquer momento.

Para manter a confidencialidade sobre as informações que você fornecerá, todas as formas de registro, gravação e transcrição serão identificadas apenas com pseudônimo. O nome do participante somente poderá ser associado aos pseudônimos de identificação pelos pesquisadores envolvidos no estudo. Na divulgação dos resultados da pesquisa seu nome não será revelado. Todas as informações obtidas durante o estudo serão armazenadas de forma a proteger a identidade pessoal do participante.

Para a caracterização sócio-demográfica (idade, gênero, raça, etc.) dos usuários ativos desse equipamento de saúde mental, será realizada a leitura da Ficha de Identificação desses usuários, que consta no prontuário deles. Por fim, será feito o acompanhamento de dois casos de criança ou adolescente que apresentem dimensões psicossociais pertinentes ao tema da pesquisa (caso-traçador), por meio do contato com profissionais de referência, profissionais da rede envolvidos, família e criança ou adolescente, além da participação em reuniões relativas ao caso e outras situações que forem suscitadas[80].

Sinta-se à vontade para perguntar, caso tenha qualquer dúvida, agora ou depois. Caso haja alguma dúvida posteriormente ou denúncias quanto a questões éticas, você poderá entrar em contato com as seguintes pessoas ou instituições:

- **Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo:** Rua Ministro Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) – Perdizes – São Paulo/SP – CEP: 05015-001. Telefone(fax): (11) 3670-8466. E-mail: cometica@pucsp.br.
- **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde:** Rua General Jardim, 36, 8º andar. Telefone: 3397-2464. E-mail: smscep@gmail.com.

Ao aceitar fazer parte dessa pesquisa, você permitirá que eu utilize na pesquisa as informações registradas no diário de campo sem que haja identificação de seu nome. Você terá acesso a esse material, bem como à versão final do trabalho. O pesquisador compromete-se e assegura que:

a) A aceitação não implica que você estará obrigado(a) a participar, podendo interromper sua participação a qualquer momento que julgar necessário sem sofrer qualquer tipo de penalidade, inclusive recusar-se a responder quaisquer questões formuladas, bastando, para tanto, comunicar o pesquisador.

[80] No decorrer da pesquisa o acompanhamento dos casos (metodologia caso-traçador) foi desconsiderada, por entendermos que o material coletado em observação participante, entrevistas e na leitura dos prontuários, já contemplava os objetivos do estudo.

b) Os riscos da participação são mínimos, mas, caso ocorram quaisquer constrangimentos ou desconfortos, estaremos disponíveis para dar o apoio que o(a) participante necessitar.

c) A sua participação é voluntária; nesse caso, não forneceremos quaisquer formas de remuneração.

d) Na apresentação da pesquisa para a comunidade científica, seu nome será substituído por um pseudônimo, de modo a garantir seu anonimato.

e) Você é livre para concordar ou não com este termo.

f) O presente termo é assinado em duas vias, ficando uma em seu poder.

São Paulo, __ de _____ de 2017.

_____	_____
Participante (Profissional)	Emiliano de Camargo David (Pesquisador)
	(emilianocamargodavid@yahoo.com.br) (Celular: (11) 99869-6555)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Maria Luiza de Faria et al. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais – Brasil. **Revista de Medicina Minas Gerais**, 2015, v. 25, n. 4, p. 469-475. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859>. Acesso em: 3 jul. 2017.

ALVES, Míriam Cristiane; JESUS, Jayro Pereira de; SCHOLZ, Danielle. Paradigma da afrocentricidade e uma nova concepção de humanidade em saúde coletiva: reflexões sobre a relação entre saúde mental e racismo. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 869-880, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00869.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2017.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANDRADE, Leandro Feitosa; ROSEMBERG, Fúlvia. Princípios éticos. In: Andrade, Leandro Feitosa. **Prostituição infantojuvenil na mídia**: estigmatização e ideologia. São Paulo: EDUC, 2004.

ANJOS, José Carlos dos. Etnia, raça e saúde: sob uma perspectiva nominalista. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio (Orgs.). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 97-120.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARAÚNA, Lia Maria Perez Botelho. À flor da pele. In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (Orgs.) **Psicologia social do racismo:** estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BARBOSA, Joaquim Gonçalves; HESS, Remi. **O diário de pesquisa:** O estudante universitário e seu processo formativo. Brasília: Liber Livro, 2010.

BARBOSA, Maria Inês da Silva; FERNANDES, Valcler Rangel. Afirmando a saúde da população negra na agenda das políticas públicas. In. BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (Orgs.) **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

BARRETO, Lima. **Diário do hospício. O cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BARROS, Sônia; BICHAFF, Regina. **Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/censo_psicossocialSP.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2015.

BARROS, Sônia et al. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, São

Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235-1247, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/download/104292/102936>. Acesso em: 23 jul. 2016.

BATISTA, Luís Eduardo; ESCUDER Maria Mercedes Loureiro. Desigualdades raciais em saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, n. 31. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2003.

BATISTA, Luís Eduardo; BARROS, Sônia. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 33, supl. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00090516.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2017.

BAURU. **Carta de Bauru – 30 anos**. Encontro de Bauru: 30 anos por uma sociedade sem manicômios, 8-9 dez. 2017. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2017/12/CARTA-DE-BAURU-30-ANOS.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BENGHOZI, Pierre. **Malhagem, filiação e afiliação:** psicanálise dos vínculos: casal, família, grupo, instituição e campo social. São Paulo: Vetor, 2010.

BELL, David. **Conceitos de psicanálise:** paranoia. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Ediouro. Segmento-Duetto, 2005.

BENTO, Maria Aparecida da Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. In: CARONE, Iraí; BENTO, Maria Aparecida Silva (Orgs.) **Psicologia social do racismo:** estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. Branquitude – O lado oculto do discurso sobre o negro. In: CARONE, Iraí; BENTO, Maria Aparecida Silva. (Orgs.) **Psicologia social do racismo**: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____. A implementação do quesito cor na área da saúde: o caso da prefeitura de São Paulo. In: BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (Orgs.) **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004.** São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

BERNARDES, Célia Regina Ody. **Racismo de estado:** uma reflexão a partir da crítica da razão governamental de Michael Foucault. Curitiba: Juruá, 2013.

BONECAFRO – ARTE NEGRA. **Boneca abayomi**. Casa da Mulher – Associação de atendimento, estudo e pesquisa. Ribeirão Preto: s/d.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2, n. 1(3), p. 68-80, jan./jul., 2005. Disponível em: <https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1255603/mod_resource/content/0/Aprendendo_a_entrevistar.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2016.

BORGES, Hamilton. Análise sobre o genocídio da população negra e debate sobre a desmilitarização da polícia. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). **Contra o genocídio da população negra:** subsídios técnicos e teóricos para a psicologia. São Paulo: CRP-SP, 2014.

BORGES, Larissa Amorim. **Nas periferias do gênero:** Uma mirada negra e feminista sobre a experiência de mulheres negras jovens participantes no Hip Hop e no Funk. Dissertação (Mestrado em Psicologia)– Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BORGES, Viviane Trindade. **Do esquecimento ao tombamento:** a invenção de Arthur Bispo do Rosário. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

BOSI, Alfredo. Prefácio. In: BARRETO, Lima. **Diário do hospício. O cemitério dos vivos**. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bomfim. O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o Estado brasileiro. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurena; LOPES, Fernanda (Orgs.). **Saúde da população negra**, 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

BRASIL. Câmara dos Deputados, Comissão parlamentar de inquérito destinada a apurar as causas, razões, consequências, custos sociais e econômicos da violência, morte e desaparecimento de jovens negros e pobres no Brasil. CPI – VIOLÊNCIA CONTRA JOVENS NEGROS E POBRES. **Relatório Final Comissão Parlamentar de Inquérito Homicídios de Jovens Negros e Pobres**. Brasília, jul. 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/05_0887_M.pdf> Acesso em: 02 nov. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**. Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Cadernos de Planejamento, v. 9. Brasília: 2010. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Material de Apoio/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização, 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo D – Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017 (DOU Seção 1 – nº 24, quinta-feira, 2 de fevereiro de 2017 – p. 62) In: **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. 3. ed. Brasília: Ministério de Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992**, de 13 de maio de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 13 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.678**, de 13 de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1678_13_08_2004.html> Acesso em: 19 de jan. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 27 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 245**, de 17 de fevereiro de 2005. Brasília: 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0245_17_02_2005.html>. Acesso em: 27 abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 854**, de 22 de agosto de 2012. Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, 2012. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html>. Acesso em: 04 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 01 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**, 2. ed., Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de**

Prioridades de Pesquisa em Saúde, 2. ed., 4. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 20 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Painel de Indicadores do SUS**, v. 7, n. 10. Temático Saúde da População Negra/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra – Uma política do SUS**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **O SUS está de braços abertos para a saúde da população negra** (Material da campanha). Brasília: 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, 3. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Análises. Informação Demográfica e Socioeconômica. **Características étnico-raciais da população – Classificações e identidades**. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria Executiva. **O sistema classificatório de "cor ou raça" do IBGE**. Brasília, 2003.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em dez. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: < http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.288**, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nºs 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. 1. ed., Brasília: 2010. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm>. Acesso em: 3 nov. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.639**, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.639.htm>. Acesso em: 6 fev. 2016.

BRAZ, Rui Moreira et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 554-562, out./dez. 2013.

BRUM, Eliane. Os loucos somos nós. (Prefácio) In: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2017.

CAMARGO, Climene Laura de *et. al.* Reflexões sobre a violência vivenciada por crianças e adolescentes negros. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (Orgs.). **Saúde da população negra**. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN), 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Maria Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63012404.pdf> Acesso em: 20 de dez de 2017.

CARDOSO, Cintia; DIAS, Lucimar Rosa. A investigação acadêmica sobre processos de branquitude na educação infantil: uma reflexão inicial. In: MÜLLER, Tânia Mara Pedroso; CARDOSO, Lourenço. **Branquitude:** estudos sobre a identidade branca no Brasil. Curitiba: Appris, 2017.

CARMICHAEL, Stokely; HAMILTON, Charles V. **Poder negro:** la política de liberación en Estados Unidos. México: Siglo XXI, 1967.

CARNEIRO, Sueli. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2005.

_____. **Racismo, sexismo e desigualdades no Brasil**.São Paulo: Selo Negro, 2011. (Coleção Consciência em Debate).

CARONE, Iraí; BENTO, Maria Aparecida Silva (Orgs.). **Psicologia social do racismo:** estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

CASTELAR, Marilda et al. Brinquedos e brincar na vida de mulheres educadoras negras. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 595-602, set./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v19n3/2175-3539-pee-19-03-00595.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

_____. **Relações raciais: Referências técnicas para atuação de psicólogas/os**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2017.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). **Contra o genocídio da população negra:** subsídios técnicos e teóricos para a psicologia. São Paulo: CRP-SP, 2014.

COSTA, Eliane Silvia. **Racismo, política pública e modos de subjetivação em um quilombo do Vale do Ribeira**. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: < http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-13082012-104304/pt-br.php> Acesso em: 11 de jan. de 2017.

COSTA, Eliane Silvia; SCARCELLI, Ianni Regia. Psicologia, política pública para a população quilombola e racismo. **Revista de Psicologia da USP** (online), v. 27, n. 2, p. 357-366, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v27n2/1678-5177-pusp-00001.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2018.

COSTA, Jurandir Freire. Da cor ao corpo: a violência do racismo. In: COSTA, Jurandir Freire. **Violência e psicanálise**, 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

_____. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CRENSHAW, Kimberle. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. University of California – Los Angeles, Estudos feministas, 1/2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 2 maio 2016.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo** – Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CUTI, Luiz Silva. Quem tem medo da palavra negro. In: KON, Noemi Moritz; SILVA, Maria Lúcia; ABUD, Cristiane Curi (Orgs.). **O racismo e o negro no Brasil:** questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017.

_____. **Negroesia**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.

CZEZACKI, Aline. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Seis anos do estatuto da igualdade racial e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Blog da Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/pop-negra/pop-negra-noticias/24709-seis-anos-do-estatuto-da-igualdade-racial-e-a-politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra>. Acesso em: 6 jul. 2017.

DAVID, Emiliano de Camargo; SILVA, Lidiane Aparecida de Araujo e. Coletivizando singularidades ou singularizando coletivos? o cuidado em saúde mental com a população negra. **Semana Nacional de Humanização** - PNH. Brasília, 2014. Disponível em: < http://redehumanizasus.net/tag/semana-nacional-de-humanizacao/trabalhos> Acesso em: 04 de jun. 2014.

DELEUZE, Gilles. **Dois regimes de loucos – textos e entrevistas (1975-1995)**. São Paulo: Editora 34, 2016.

DEUS, Zélia Amador de. **A questão racial no Brasil**. Laboratório de Políticas Públicas/UERJ – Observatório Latino-Americano de Políticas Educacionais. Programa Políticas da Cor na Educação Brasileira, 2000. Disponível em: <http://www.lppuerj.net/olped/documentos/ ppcor/0090.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2007.

DFID (DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL E REDUÇÃO DA POBREZA); CRI (COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL). **Combate ao racismo institucional**. Brasília, 2007.

DIAS, Jussara; GIOVANETTI, Márcia R.; SANTOS, Naila Janilde Seabra (Orgs.). BRASIL, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Perguntar não ofende**. **Qual é a sua cor ou raça/etnia? Responder ajuda a prevenir**. São Paulo, 2009.

DOMINGUES, Petrônio. Movimento Negro Brasileiro: alguns apontamentos históricos. **Tempo** [online], v. 12, n. 23, p. 100-122, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-77042007000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 19 jun. 2016.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da 'anormalidade': psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, nov. 1998/fev., 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701999000100001>. Acesso em: 17 jan. 2016.

FALK, Maria Lúcia Rodrigues et al. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2010. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350>. Acesso em: 28 mar. 2017.

FANON, Frantz. (1952) **Pele negra, máscaras brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

FAUSTINO, Deivison Mendes. A equidade racial nas políticas de saúde. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurema; LOPES, Fernanda (Orgs.) **Saúde da**

população negra. 2. ed. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros (ABPN), 2012.

_____. A universalização dos direitos e a promoção de equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 12, p. 3.831-3.840, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-3831.pdf> Acesso em: 3 jan. 2018.

FERREIRA, Ricardo Franklin. **Afrodescendente:** identidade em construção. São Paulo: EDUC; Rio de Janeiro: Pallas, 2000.

FIRMINO, Hiram. (1982) **Nos porões da loucura.** Belo Horizonte: Edições Ecológico, 2014.

FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. **Corpo negro caído no chão:** o sistema penal e o projeto genocida do Estado brasileiro. Rio de Janeiro: Contraponto, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I – A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. (1976) **Genealogia del racismo**. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1992.

_____. (1975-1976) **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

FRANCO, Ana Carolina Farias. **Cartografias do Diário do Pará:** um estudo genealógico do acontecimento homicídio contra jovens em um jornal impresso. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2012.

FRANKENBERG, Ruth. **White women, race masters:** the social construction of whiteness. USA: University of Minnesota, 1999.

FREYRE, Gilberto. (1933) **Casa-grande & senzala:** formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 51ª ed. ver. São Paulo: Global, 2006.

FURTADO, Juarez Pereira et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cadernos de Ciência Pública**, v. 29, n. 1, p. 104, 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2013000100012>. Acesso em: 16 jan. 2016.

GALLO, Sílvio. As diferentes faces do racismo e suas implicações na escola: à guisa de apresentação. In: GALLO, Sílvio (Org.) **As diferentes faces do racismo e suas implicações na escola**. Campinas: Edições Leitura Crítica, ALB, 2014.

GATES JR., Henry Louis. **Os negros na América Latina**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 16, n.

40, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2017.

GIBRAN, Gibran Khalil. **O louco**. Rio de Janeiro: Associação Cultural Internacional, 1973.

GOMES, Nilma Lino. **Corpo e cabelo como símbolos da identidade negra**. Minas Gerais, s/d. Disponível em: <http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/10/Corpo-e-cabelo-como-s%C3%ADmbolos-da-identidade-negra.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

GONÇALVES FILHO, José Moura. Humilhação social**:** um problema político em psicologia. **Psicologia**, v. 9, n. 2, p. 11-67, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13 jan. 2017.

_____. A invisibilidade pública (Prefácio). In: COSTA, Fernando Braga. **Homens invisíveis:** relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004.

_____. A dominação racista: O passado presente. In: KON, Noemi Moritz; SILVA, Maria Lúcia; ABUD, Cristiane Curi. **O racismo e o negro no Brasil:** questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017.

GONÇALVES, Luciane Ribeiro Dias. Questões fundantes para a compreensão das relações étnico-raciais e formação docente: situando o debate. In: GALLO, Sílvio (Org.) **As diferentes faces do racismo e suas implicações na escola**. Campinas: Edições Leitura Crítica; ALB, 2014.

GRANDI, Jaqueline; DIAS, Miriam Thais Guterres; GLIMM, Simone. Percepções daqueles que perguntam: qual a sua cor? **Saúde em Debate** [*online*], v. 37, n. 99, p. 588-596, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 ago. 2017.

GUIMARÃES, Antonio Sergio Alfredo. Como trabalhar com "raça" em sociologia. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 93-107, jan./jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v29n1/a08v29n1.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. **Preconceito racial:** modos, temas e tempo. São Paulo: Cortez, 2008.

GUIMARÃES, Marco Antonio Chagas; PODKAMENI, Angela Baraf. Racismo: um mal-estar psíquico. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurena; LOPES, Fernanda (Orgs.). **Saúde da população negra**, 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012, p. 224-239.

HART, Carl. **Um preço muito alto:** a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HITA, Maria Gabriela. Introdução: controvérsias e debates atuais sobre raça, etnicidade e identidade(s). In: HITA, Maria Gabriela (Org.). **Raça, racismo e genética:** em debates científicos e controvérsias sociais. Salvador: EDUFBA, 2017.

HUNTER, Margaret. The persistent problem of colorism: skin tone, status, and inequality. **Sociology Compass**, 2007, p. 237–254. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/b494/dfa711f2d4869c7c15a7adf9b99a0dbbccb4.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Famílias e domicílios. Resultado da amostra. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilios_amostra.pdf>. Acesso em: 7 jan. 2018.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** síntese de indicadores 2013 / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2. ed., Rio de Janeiro : IBGE, 2015. Disponível em: < https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94414.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2017.

_____. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira 2014. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/SIS_2014.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

_____. **Síntese de indicadores sociais** – uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2017.

_____. **Síntese de indicadores sociais** – uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Desigualdades de transplantes de órgãos no Brasil:** Análise do perfil dos receptores por sexo e raça ou cor. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1491/1/td_1629.pdf>. Acesso em: 18 set. 2017.

_____. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**, 4. ed. Brasília: Ipea, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>. Acesso em:22 jan. 2015.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade** [online], v. 16, n. 2, p. 146-155, maio/ago. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>. Acesso em: 26 maio 2017.

KINTÊ, Akins. Juventude Negra In: JESUS; GUELEWAR, (Org.). **Terça Afro**: territórios de afetos. São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2016. p.42-43, 2016.

LOPES, Fernanda. Raça, saúde e vulnerabilidades. **Boletim do Instituto de Saúde**, n. 31. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2003.

_____. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra. In: BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (Orgs.).

Seminário Saúde da População Negra, Estado de São Paulo, 2004. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

LÓPEZ, Laura Cecilia. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde e Educação, v. 16, n. 40, p. 121-34, jan./mar., 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>. Acesso em: jan. 2016.

LOURAU, René. **Análise institucional e prática de pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993.

_____. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, Sonia (Org.). **Analista Institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica seguido de sobre el governo privado indirecto**. Santa Cruz de Tenerife: Melusina, 2011.

_____. **Crítica da razão negra**. Lisboa: Antígona, 2014.

_____. Necropolítica – biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. Arte & Ensaios. **Revista do PPGAV/EBA/UFRJ**, n. 32, dez. 2016.

MARTINS, Alaerte Leandro. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 22, p. 2473-2479, nov, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n11/22.pdf> Acesso em: 18 de dez. de 2017.

MIRANDA, Maria Aparecida. **A beleza negra na subjetividade das meninas "Um caminho para Mariazinhas":** Considerações psicanalíticas. Dissertação (Mestrado) Psicologia Clínica – Universidade de São Paulo, 2004.

MISKOLCI, Richard. A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina. Stepan NL. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, n.1, v.22, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100028&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 22 de ago. de 2016.

MOEHLECKE, Sabrina. Ação Afirmativa: história e debates no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, n. 117, p. 197-217, nov. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15559.pdf>. Acesso em: abr. 2017.

MONTEIRO, Maria do Carmo Salles. Desafios da inclusão da temática étnico-racial na Educação Permanente em Saúde. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurena; LOPES, Fernanda (Orgs.). **Saúde da população negra**, 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.

MÜLLER, Tânia Mara Pedroso; CARDOSO, Lourenço. Apresentação. In: MÜLLER, Tânia Mara Pedroso; CARDOSO, Lourenço. **Branquitude:** estudos sobre a identidade branca no Brasil. Curitiba: Appris, 2017.

MUNANGA, Kabengele. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. 3º Seminário Nacional Relações Raciais e Educação – PENESB-

RJ. **Programa de educação sobre o negro na sociedade brasileira**. Niterói: EDUFF, 2004.

_____. As ambiguidades do racismo à brasileira. In: KON, Noemi Moritz; SILVA, Maria Lúcia da; ABUD, Cristiane Curi. **O racismo e o negro no Brasil:** questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017.

_____. Prefácio. In: MÜLLER, Tânia Mara Pedroso; CARDOSO, Lourenço. **Branquitude:** estudos sobre a identidade branca no Brasil. Curitiba: Appris, 2017.

MUNIZ, Edna; SANTOS, Shirley. Impacto do racismo na saúde mental de crianças e adolescentes negros. In: SILVA JUNIOR, Hédio; TEIXEIRA, Daniel (Orgs.) **Discriminação racial é sinônimo de maus-tratos:** a importância do ECA para a proteção das crianças negras. São Paulo: Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades – CEERT, 2016.

NASCIMENTO, Abdias do. (1978) **O genocídio do negro brasileiro:** processo de um racismo mascarado, 2. ed., 1. reimp. São Paulo: Perspectiva, 2017.

NASCIMENTO, Elisa Larkin. **O sortilégio da cor: identidade raça e gênero no Brasil**. São Paulo: Summus, 2003.

NOGUEIRA, Oracy. **Preconceito de marca:** as relações raciais em Itapetininga. São Paulo: EDUSP, 1998.

NOGUEIRA, Isildinha Batista. **Significações do corpo negro**. Tese (Doutorado) Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.ammapsique.org.br/baixe/corpo-negro.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2017.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 4, p. 178-179, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000400007>. Acesso em: 12 out. 2016.

OLIVEIRA, Dennis de. Análise sobre o genocídio da população negra e debate sobre a desmilitarização da polícia. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (CRP-SP). **Contra o genocídio da população negra: subsídios técnicos e teóricos para a psicologia**. São Paulo: CRP-SP, 2014.

OLIVEIRA, Graziela de. **Jovens negros no Brasil:** civilização e barbárie. São Paulo: Cortez, 2017.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal:** Revista de Psicologia, v. 25, n. 2, p. 391-414, maio/ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/11.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2016.

PEREIRA, Ericka Gonçalves; RISCADO, Jorge Luís de Souza. Racismo e saúde mental da criança negra. In: RISCADO, Jorge Luís de Souza; FERNANDES, Saulo Luders. **Raça, racismo institucional, ensino e práticas na saúde:** ensaios, reflexões e ações, para implementação da PNSIPN. Maceió: EDUFAL, 2017.

PIERUCCI, Antônio Flávio. **Cilada da diferença**, 3. ed. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Sociologia da FFLCH-USP/Editora 34, 2013.

PINTO, Elizabete Aparecida; SOUZAS, Raquel. Etnicidade e saúde da população negra no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1.144-1.145, 2002.

PIZA, Edith; ROSEMBERG, Fúlvia. Cor nos censos brasileiros. In: CARONE, Iraí; BENTO, Maria Aparecida Silva (Orgs.). **Psicologia social do racismo: estudos sobre a branquitude e branqueamento no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

QUEIROZ, Danielle Teixeira et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2017.

RAFAEL, Andréa Santos. Perguntar a cor e raça é racismo? O impacto da autoclassificação na rotina de um serviço de saúde pública em São Paulo. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 31, dez. 2003, Imprensa Oficial do Estado.

ROLNIK, Raquel. Territórios negros nas cidades brasileiras (etnicidade e cidade em São Paulo e no Rio de Janeiro). **Estudos Afro-Asiáticos**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 29-41, 1989. Disponível em: <https://raquelrolnik.files.wordpress.com/2013/04/territc3b3rios-negros.pdf> Acesso em: 5 jan. 2018.

_____. **Territórios em conflito – São Paulo:** espaço, história e política. São Paulo: Três Estrelas, 2017.

ROSA, Elisa Zaneratto. **Por uma reforma psiquiátrica antimanicomial:** O papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social. Tese (Doutorado) Psicologia Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://sapientia.pucsp.br/handle/handle/18816>. Acesso em: 1 set. 2017.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.648-656, out./dez. 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n95/a17v36n95.pdf> Acesso em: 11 de fev. de 2017.

ROSEMBERG, Fúlvia; SILVÉRIO, Valter Roberto. Prefácio. In: SILVÉRIO, Valter Roberto; PINTO, Regina Pahim; ROSEMBERG Fúlvia (Orgs.). **Relações raciais no Brasil:** pesquisas contemporâneas. São Paulo: Contexto, 2011.

RIBEIRO, Igo Gabriel dos Santos. **Da política socioeducativa à (des)regulação da vida de jovens negros brasileiros**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP, Brasil, 2017.

SANTANA, Bianca. **Quando me descobri negra**. São Paulo: SESI-SP editora, 2015.

SANTOS, Alessandro de Oliveira dos; SCHUCMAN, Lia Vainer; MARTINS, Hildeberto Vieira. Breve histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre relações étnico-raciais. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. spe., 2012.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500012>. Acesso em: 3 maio 2016.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A filosofia à venda, a douta ignorância e a aposta de Pascal. **Revista de Comunicação e Epistemologia da Universidade Católica de Brasília**, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RCEUCB/article/viewFile/1714/1146> Acesso em: 3 jan. 2018.

SANTOS, Josenaide Engracia dos; SANTOS, Giovanna Cristina Siqueira. Narrativas dos profissionais da atenção primária sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 563-570, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000400003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 fev. 2016.

SANTOS, Mafoane Odara Poli. **Médicos e pacientes tem sexo e cor?** A perspectiva de médicos e residentes sobre a relação médico-paciente na prática ambulatorial. Dissertação (Mestrado) Psicologia Social e do Trabalho – Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-05092012-101342/pt-br.php>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SANTOS, Rosa Maria Rodrigues dos. De café e de leite... In: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (Orgs.). **Psicologia social do racismo:** estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2002.

SÃO PAULO (cidade). **Portaria nº 696**, de 30 de março de 1990. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/arquivos/secretarias/saude/legislacao/0101/PortariaSMSG_1990_0696.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2017.

SÃO PAULO (cidade). **Portaria nº 545**, de 27 de agosto de 2004. Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/popnegra/Portaria545-04_SMS.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2017.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação | CEInfo. **Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo**. GALLEGUILLOS, Tatiana Gabriela Brassea; NEVES, Helio; LIRA, Margarida M. T. A.; NAZÁRIO, Clarissa de Lacerda; CASTRO, Iracema Ester do Nascimento; FREITAS, Marina de; SANTOS, Patricia Carla dos. Boletim CEInfo Análise, ano X, n. 12. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2015.

SÃO PAULO (cidade). Secretaria de Participação e Parceria. Coordenadoria dos Assuntos da População Negra. Ministério da Cultura Fundação Palmares. **III Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata. Declaração de Durban e Plano de Ação – traduzidos em língua portuguesa**. Imprensa Oficial, 2005.

SARACENO, Benedetto. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SAWAIA, Bader. Sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: _____ (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos; SILVEIRA, Marta Irís Carmargo Messia da; SILVEIRA, Paulo Roberto. As práticas racistas no espaço escolar: a influência na saúde mental das crianças negras. **Identidade!**, São Leopoldo, v. 19 n. 2, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/article/viewFile/2339/2309>. Acesso em: 7 jan. 2016.

SCHUCMAN, Lia Vainer. Racismo e Antirracismo: a categoria raça em questão. **Revista de Psicologia Política**. São Paulo, v. 10, n. 19. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2010000100005>. Acesso em: 17 abr. 2016.

_____. **Entre o encardido, o branco e o branquíssimo:** branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo. São Paulo: Annablume, 2014.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças:** cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

_____. **Racismo no Brasil**. São Paulo: Publifolha, 2001.

_____. **Triste visionário**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

SCISLESKI, Andrea Cristina Coelho et al. Racismo de Estado e tanatopolítica: reflexões sobre jovens e a lei. **Fractal:** Revista de Psicologia, v. 28, n. 1, p. 84-93, jan./abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100084&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SERRA, Lia Novaes; SCARCELLI, Ianni Regina. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 85-99, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n1/v17n1a07.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

SILVA, Célia Regina Reis da. Beleza negra, orgulho crespo: no corpo (des)constrói-se a (in)diferença, o estigma. **Stuart Hall**. **Projeto História**. **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, n. 56, maio/ago., EDUC, 2016.

SILVA, Maria Lúcia da. O preconceito racial humilha, a humilhação social faz sofrer. Reflexões sobre a construção psíquica do sujeito negro. In: SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira (coord.). **Psicologia e direitos humanos:** subjetividade e exclusão. São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Regional de Psicologia, 2004.

_____. Racismo e os efeitos na saúde mental. In. BATISTA, Luís Eduardo; KALCKMANN, Suzana (Orgs.) **Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005.

SILVA, Naira Gajo et al. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.26, n.1, jan./mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00100.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2017.

SILVA, Zilda Pereira da. Perfil sócio-demográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000016>.Acesso em: 11 set. 2016.

SMOLEN, Jenny Rose; ARAÚJO, Edna Maria de. Raça/cor da pele e transtornos mentais no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 (12) dez./2017. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n12/4021-4030/pt>. Acesso em: 11 jan. 2017.

SMALL, Deborah. A guerra às drogas facilita a criminalização de pobres e negros. **O Globo**, 23 jul. 2016. Artigos e Reflexões. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/deborah-small-guerra-as-drogas-facilita-criminalizacao-de-pobres-e-negros/>. Acesso em: 21 fev. 2017.

SOARES FILHO, Adauto Martins. O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão. In: BATISTA, Luís Eduardo; WERNECK, Jurena; LOPES, Fernanda (Orgs.). **Saúde da população negra**, 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012, p. 34-61.

SOUZA, Ellen de Lima. Bullying não é sinônimo de racismo. In: SILVA JR., Hédio; TEIXEIRA, Daniel (Orgs.). **Discriminação racial é sinônimo de maus-tratos:** A importância do ECA para a proteção das crianças negras. São Paulo: Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades (CEERT), 2016.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; LUIS, Margarita Antonia Villar. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5252/4469>. Acesso em: 2 jul. 2017.

SOUZA, Jessé. **A elite do atraso:** da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya, 2017.

SOUZA, Neusa Santos. **Tornar-se negro, ou, as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

TAVARES, Natália de Oliveira . **Reconhecimento e ressignificação:** identidade positiva e juventude negra. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

TAVARES, Natália de Oliveira; OLIVEIRA, Lorena Vianna; LAGES, Sônia Regina Corrêa. A percepção dos psicólogos sobre o racismo institucional na saúde pública.

Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 580-587, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a05v37n99.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2017.

TWINE, France Winddance. A white side of Black Britain: The concept of racial literacy. **Ethnic and Racial Studies**, 27 (6), 878-907, 2004. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0141987042000268512> Acesso em: 20 de dez. 2017.

TWINE, France Winddance; GALLAGHER, Charles. The future of whiteness: A map of the 'third wave'. **Ethnic and Racial Studies**, 31 (1), 1-21, 2007. Disponível em: < http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01419870701538836> Acesso em: 20 de dez. 2017.

TWINE, France Winddance; STEINBUGLER, Amy. The gap between whites and whitwness: interracial intimacy and racial literacy. **Du Bois Review**, 3 (2), 341-363, 2006. Disponível em: < https://www.cambridge.org/core/journals/du-bois-review-social-science-research-on-race/article/gap-between-whites-and-whiteness-interracial-intimacy-and-racial-literacy/91EBD9F47FB7E1F56C01DDE8FFE92C2D> Acesso em: 20 de dez. 2017.

VERÍSSIMO, Tânia Corghi. O racismo nosso de cada dia e a incidência da recusa no laço social. In: KON, Noemi Moritz; ABUD, Cristiane Curi; SILVA, Maria Lúcia da. **O racismo e o negro no Brasil:** questões para a psicanálise. São Paulo: Perspectiva, 2017.

WADE, Peter. Raça: natureza e cultura na ciência e na sociedade. In: HITA, Maria Gabriela (Org.). **Raça, racismo e genética em debates científicos e controvérsias sociais**. Salvador: EDUFBA, 2017.

WERNECK, Jurema. **Saúde da População Negra**. Rio de Janeiro: Crioula, 2010.

YAKINI, Michael. Mapas do asfalto. In: JESUS, Ana Caroline da Silva de; GUELEWAR, Whellder. **Terça afro**: Território de afetos. 1. ed. São Paulo: Ciclo Contínuo Editorial, 2016.