



SAÚDE MENTAL

Caderno de Textos

Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS

Organização

Sônia Barros

Caroline Ballan

Luís Eduardo Batista

Copyright © 2021 dos autores

Todos os direitos desta edição reservados

Capa, projeto gráfico e diagramação

fkeditorial

Ilustrações

Érika - aneegadoleite@gmail.com

www.instagram.com/_anegadoleite/

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

C122

Barros, Sônia

Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS: caderno de textos / Sônia Barros, Caroline Ballan e Luís Eduardo Batista, orgs. - São Paulo: EEUSP, 2021.

120p.

1. Assistência à Saúde. 2. Saúde Mental. 3. Centros Comunitários de Saúde Mental. 4. Serviços de Saúde Mental. 5. Crianças. 6. Adolescentes. 7. Negros. 8. Grupos Étnicos. 9. Racismo.

I. Título.

CDD: 614

Atenção psicossocial a crianças e adolescentes negros no SUS

Sumário

Apresentação ____7

I. A história e a contemporaneidade da psiquiatria e da Eugenia no Brasil | Sônia Barros e Luís Eduardo Batista ____13

II. Racismo e Racismo Institucional | Luciane Régio, Bruna de Paula Cândido e Luís Eduardo Batista ____37

III. Estigma e as dimensões da inclusão social no campo psicossocial | Jussara C. Santos, Luciane Régio e Lara S. M. Floriano ____46

IV. Apontamentos sobre a defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes em CAPSij a partir das questões raciais | Cláudia Braga e Estefânia Ventura ____57

V. Território e Territorialidades no cuidado em saúde mental | Antonio Carlos Malachias e Caroline Ballan ____69

VI. Uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes negros: drogas lícitas e ilícitas | Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, Marília M. De Almeida Cardoso e Bruna de Paula Candido ____81

VII. Medicalização na infância e adolescência: questões para a RAPS e notas sobre o tema “raça/cor” | Rossano Cabral Lima ____93

VIII. Desafios das equipes para acolher crianças e adolescentes negros em CAPSij: relato de uma experiência de pesquisa | Emiliano Camargo David ____105

Apresentação

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação da Lei Orgânica da Saúde [SUS, Lei n.º 8080/90] permitem a reorganização da Atenção à Saúde Mental no Brasil como política de Estado pautada na atenção comunitária, na garantia dos direitos humanos, na universalidade (para todas e todos brasileiros); de forma integral (da atenção básica a maior especialidade); respeitando as necessidades de saúde das pessoas.

A criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos tem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como a principal estratégia, tornando-se o modelo de atenção em saúde mental em todo território nacional, estabelecendo as diretrizes do campo psicossocial e para o cuidado em liberdade, regulamentados pelas portarias n.º 189, em 1991, que introduz os códigos NAPS/CAPS no SUS, pela n.º 224, de 1992, que os define como unidades de saúde responsáveis pela população de um determinado território.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (Portarias n.º 106/2000 e n.º 1.220/2000), o Programa de Volta Para Casa (Lei n.º 10.708, de 31/07/2003) e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria a partir de 2002, contribuíram para o processo de desinstitucionalização e para o fechamento de centenas de hospitais e alguns milhares de leitos absolutamente inadequados para a assistência à saúde, eram mais de 100 mil leitos financiados pelo SUS no início da década de 1980. Segundo o Relatório da Inspeção

Nacional em Hospitais Psiquiátricos de 2019, em 2018 existiam 19 mil leitos psiquiátricos no Brasil.

São 20 anos da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, que após doze anos de tramitação, em 06 de abril de 2001 foi aprovada a Lei n.º 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com problemas de saúde mental e, redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O reconhecimento da necessidade de acesso e proteção dos direitos na infância e juventude aconteceu na II Conferência Nacional de Saúde Mental, garantindo o cuidado integral, em liberdade, para crianças e adolescentes. A Portaria n.º 336/02 diferencia os CAPS nas modalidades I, II e III, com finalidade para adultos, usuários de álcool e outras drogas e infância.

Como apresenta o Saúde Mental em dado – 12, de 2015, os recursos financeiros federais investidos na rede substitutiva de atenção comunitária e territorial passaram de 24,76% no ano de 2002, para 79,39% do montante em 2013. Ainda em 2013, a Carta do I Encontro de Rede de Atenção Psicossocial do SUS aponta que o financiamento das comunidades terapêuticas pelo SUS, o número crescente de internações compulsórias e o discurso moralizante da guerra às drogas, reeditam as estruturas e as concepções do manicômio.

Com a ruptura democrática em 2016 o país passa a ser conduzido ao passado, o SUS e a Reforma Psiquiátrica Brasileira passam a ter importantes retrocessos, no retorno ao paradigma psiquiátrico de característica hospitalar/asilar, em contraposição aos serviços comunitários e a atenção psicossocial territorializada. Na radicalização do corte de políticas sociais e de direitos humanos e na implantação de políticas regressivas

de saúde mental e de direitos, agravados pela crise sanitária da Covid-19, a necropolítica é instaurada no Brasil.

A necessidade de aprimorar correlações entre a saúde mental e a questão racial está colocada, dado todos os indicadores relacionados à mortalidade e morbidade da população preta e parda (negra) e os poucos estudos que estabelecem correlações entre sofrimento psíquico e raça/cor. Para responder a esse desafio, o Grupo de Pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental elaborou o projeto de pesquisa “O processo de cuidar em saúde mental da criança/adolescente em CAPS infantil”. Dentre os produtos da pesquisa, destacamos artigos científicos e o relatório do diálogo deliberativo, e agora apresentamos aos profissionais de saúde mental um caderno com um conjunto de textos propostos para subsidiar trabalhadoras e trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial, com diretrizes para formar e qualificar o debate sobre o racismo enquanto determinante social de saúde mental, em particular aqui, de crianças e adolescentes negras (pretas e pardas).

O primeiro artigo apresenta a História negra da loucura e discute como os argumentos eugênicos contribuíram para o modelo psiquiátrico, a segregação e a exclusão racial no Brasil, modelo esse que se atualiza na necropolítica.

O segundo texto parte da discussão conceitual do racismo, o que significa o racismo ser um determinante social de saúde, consequentemente impactando a vida de todas e todos - negros, brancos, amarelos e indígenas.

O estigma e as dimensões da inclusão social no campo psicossocial foram discutidos no terceiro artigo. O texto aponta como construir estratégias que permitam avançar na inclusão

social de crianças e adolescentes acompanhados pelos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), na compreensão da influência da cor da pele no processo de cuidado em saúde mental e nos resultados produzidos a partir deste, para que seja possível superar o estigma.

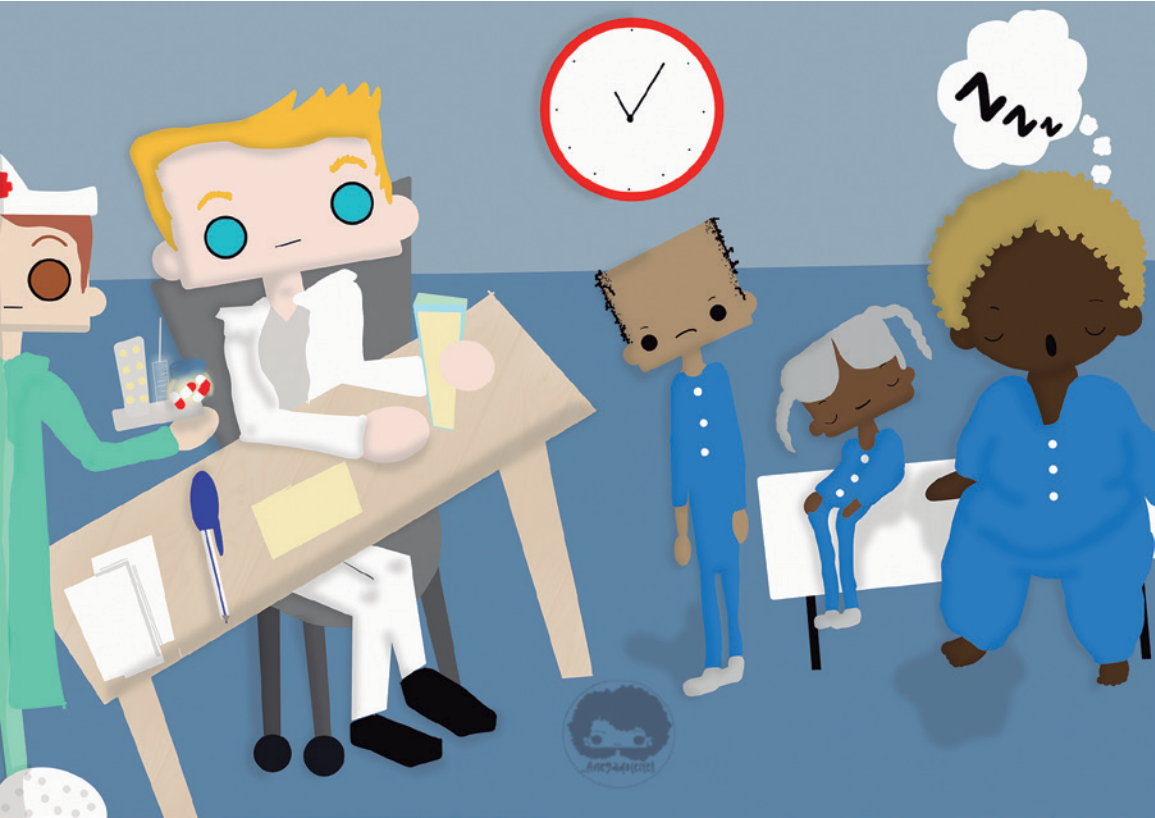
O quarto artigo apresenta propostas iniciais para atuação dos CAPSij a partir da afirmação de direitos das crianças e adolescentes negros. Neste sentido propõe atitude crítica em relação à branquitude, reconhecendo não apenas os privilégios da mesma, mas o seu lugar de marcador de diferenças e criação de padrões e opressões e inclui no debate as diferenças de poder das relações raciais, buscando produzir cuidado, direitos e a desinstitucionalização do racismo nos serviços. O quinto artigo marca a importância dos serviços, em especial os CAPS, compreenderem a complexidade do território em que estão inseridos, e sua fundamental participação na construção de territorialidades como organizador do trabalho em saúde.

O uso de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, por crianças e adolescentes negros, é o tema do quinto texto, ele problematiza a relação racismo, políticas públicas de saúde e desigualdades sociais. E aponta o lugar das comunidades terapêuticas no atual contexto desta discussão. No artigo Medicalização na infância e adolescência: questões para a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e notas sobre o tema “raça/cor”, o autor problematiza o uso e função social de medicalizar a infância - evento que envolve vários atores e instituições na organização social que visa à vida, como enfrentar o tema da medicalização na população infantojuvenil - inclusive em seus aspectos raciais e étnicos.

Por fim, nos é apresentado o desafio das equipes para acolher crianças e adolescentes negros em CAPSij, e a partir do relato de experiência aponta-se possibilidades para as equipes incluírem o combate ao racismo como eixo transversal para acolher e acompanhar crianças e adolescentes negros.

Neste caderno as leitoras e leitores passarão por textos que discutem temas como a **Eugenia**, o **Racismo**, os **Determinantes sociais de saúde mental**, as **Drogas lícitas e ilícitas**, sobrepostos pelo **Estigma** e a exclusão. A partir do **SUS**, na **RAPS**, pelo **CAPSij**, na perspectiva dos **Direitos**, apresentam saídas pelos Projetos Terapêuticos Singulares (**PTS**), considerando a **Representatividade**, na **Intersectorialidade**, em **Redes**, que pressupõe **Territorialidades** e a **Participação e Controle Social**.

Boa leitura!



I. A história e a contemporaneidade da psiquiatria e da Eugenia no Brasil¹

Sônia Barros²

Luís Eduardo Batista³

Nas últimas décadas do século XIX, a psiquiatria brasileira consolida-se e institucionaliza-se como um campo de conhecimento especializado.

Até então, inexistia preocupação com o doente mental, que não se beneficiava de nenhuma assistência médica específica e vivia uma situação muito semelhante com a Europa pós-Revolução Industrial do século XVIII. O modelo asilar de assistência aos doentes mentais no Brasil foi inaugurado com o Hospício Pedro II em 1852. Os, então, alienistas, defendiam o alinhamento à síntese pineliana, o Tratamento Moral: o hospital

¹ Texto elaborado e fundamentado em artigos publicados pelos autores: Barros S, Batista LE, Dellosi ME, Escuder MM. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Soc.* 2014;23(4):1235-47. doi: 10.1590/S0104-12902014000400010; Silva NG, Barros S, Azevedo FC, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde e Soc.* 2017;26(1):100-14. doi: 10.1590/S0104-12902017164968

² Sônia Barros - Enfermeira; Professora Titular Sênior no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

³ Luís Eduardo Batista - Doutor em Sociologia, Pós-Doutor pela EEUSP; pesquisador da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

como lugar de exercício da ação terapêutica, com organização fundamentada na vigilância e na repressão, regulação do tempo e lugar de isolamento.

Em 1903, Teixeira Brandão, que havia sido o primeiro diretor do denominado Hospício Nacional dos Alienados, ardente defensor da total medicalização do asilo, e então deputado, conseguiu a aprovação da primeira Lei dos alienados. Segundo Machado, 1978, “Esta Lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecida”.

Em 1902, Juliano Moreira assumiu a direção do hospício e com ele a psiquiatria brasileira ganhou um novo ímpeto e abriu-se o caminho para a sua fase científica com fundamentos teóricos e práticos institucionais. Em 1912, a psiquiatria passou a especialidade médica autônoma o que fez eclodir em todo o país um aumento dos hospitais e, coerentemente com o tratamento moral, foi incentivada a construção de colônias agrícolas (Barros, 1996).

Costa (1989) afirma que, para aqueles psiquiatras, os fenômenos psíquicos e culturais explicavam-se pela hipótese de uma causalidade biológica que justificava a intervenção médica em todos os níveis da sociedade.

Segundo o mesmo autor, a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, herdou o sistema psiquiátrico, onde a causalidade biológica eugênica era um elemento apriorístico e passou a elaborar projetos que visavam a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos (Costa, 1989). Nas décadas de 1920 e 1930 o pensamento eugênico dos psiquiatras estava impregnado pelo antiliberalismo, moralismo, racismo e xenofobia.

Eugenia é um termo criado em 1883 por Francis Galton (1822-1911), significando “bem-nascido”. Galton definiu *eugenia* como “o estudo dos agentes sob o controle social que podem melhorar ou empobrecer as qualidades raciais das futuras gerações, seja física ou mentalmente”.

A eugenia defende que raças superiores e de melhores estirpes conseguem prevalecer de maneira mais adequada ao ambiente. O projeto da eugenia foi apresentado ao mundo pela Grã-Bretanha e colocado em prática pela primeira vez nos Estados Unidos (Fe, 2017).

O Brasil não só ‘exportou’ a ideia, como criou um movimento interno de eugenia. Médicos, engenheiros, jornalistas e muitos nomes considerados a elite intelectual da época no Brasil viram na eugenia a ‘solução’ para o desenvolvimento do país. Eles buscavam, portanto, respaldo na biogenética (ou seja, nos estudos e resultados de pesquisa de Galton) para excluir negros, imigrantes asiáticos e deficientes de todos os tipos. Assim, apenas os brancos de descendência europeia povoariam o que eles entendiam como ‘nação do futuro’.

Nos primeiros anos do século XX havia no Rio de Janeiro, então capital brasileira, a ideia de que as epidemias brasileiras eram culpa do negro, recém-liberto com a abolição da escravidão (1889). Portanto, para parte da elite intelectual da época, a eugenia seria uma forma de ‘higiene social’, tanto que “saneamento, higiene e eugenia estavam muito próximas e confundiam-se dentro do projeto mais geral de ‘progresso’ do país”, conforme assinalou a pesquisadora Maria Eunice Maciel (1999).

O médico e sanitarista Renato Kehl (1889-1974), considerado o pai da eugenia no Brasil, acreditava que a melhoria racial

só seria possível com um amplo projeto que favorecesse o predomínio da raça branca no país, assim, pregava: “segregação de deficientes, esterilização dos ‘anormais e criminosos’, regulamentação do casamento com exame pré-nupcial obrigatório, educação eugênica obrigatória nas escolas, testes mentais em crianças de 8 a 14 anos, regulamentação de ‘filhos ilegítimos’ e exames que assegurassem o divórcio, caso comprovado ‘defeitos hereditários’ em uma família” (Maciel, 1999).

Segundo Engel (1999), entre os temas privilegiados pelos alienistas e psiquiatras brasileiros na construção de atos, atitudes, hábitos, comportamentos, crenças e valores ‘desviantes’ figuravam a raça/cor. De acordo com Engel (1999), o vínculo entre raça/cor e doença mental indica outra pista importante para avaliar as dimensões políticas e sociais assumidas pelo saber e pela prática alienista na sociedade brasileira das últimas décadas do século XIX. Sempre ciosos de resguardar a vastidão e a imprecisão dos limites definidores da doença mental, os psiquiatras partiam do princípio de que a loucura não escolhia cor, o que não os impediu de construir, sub-repticiamente, relações bastante próximas entre a doença mental e os grupos raciais e étnicos considerados inferiores. Para tanto, lançaram mão, por exemplo, da ideia de que os negros, e sobretudo os mestiços, predispunham-se à loucura por serem povos degenerados por definição. Entretanto, mesmo quando não eram classificados a princípio como degenerados, os indivíduos pretos e pardos eram vistos como intelectualmente inferiores e, por isso, menos capazes de enfrentar e/ou adaptar-se às contingências do meio social, sendo assim ‘mais propensos’ à degeneração.

Um bom exemplo para isso são as considerações feitas pelo Dr. Henrique Roxo acerca das perturbações mentais dos negros no Brasil numa comunicação apresentada no 2.º Congresso Médico Latino-Americano e publicada no *Brazil Médico*. Segundo o psiquiatra, os negros não deveriam ser considerados degenerados, mas sim “tipos” que “não evoluíram”: “Gastam menos o cérebro que os brancos”. Desse modo, o ‘racismo científico’ expresso por Henrique Roxo encontra-se pautado numa complicada e contraditória mistura entre o determinismo biológico e a ação do meio sociocultural (Roxo, 1904).

Os mesmos referenciais teóricos levariam Henrique Roxo a acreditar que as principais causas da alienação mental entre as populações negras existentes no Brasil seriam, de um lado, o baixo nível intelectual e, de outro, os efeitos ‘perniciosos’ da abolição ‘repentina’ da escravidão.

Venâncio (2004) investe no universo conceitual do renomado psiquiatra Juliano Moreira, e afirma que a ampla atuação de Moreira na psiquiatria revela o impacto de suas formulações e o papel de representante ativo da ciência psiquiátrica no debate sobre a construção da nação brasileira. A partir da descrição e da observação clínica de casos de pacientes, Moreira afirmava que os estrangeiros doentes mentais seriam um ônus para os cofres públicos, assim como para as gerações futuras, defendendo, entretanto, um controle da imigração com base na análise dos casos individuais, em vez da aplicação de restrições a um determinado povo ou raça.

No entanto, esse discurso favorável à imigração como saída para a nação brasileira vestiria cada vez mais a roupagem do “racismo científico” difundido por um grupo

considerável de médicos, que via na “arianização” do povo brasileiro a solução para seus males, mas, parte dos higienistas e psiquiatras refutavam a relação entre doenças e origem racial da população.

No campo psiquiátrico brasileiro, Moreira tomava parte na discussão teórica sobre as relações entre *pathos* e raça. Ao contrário de Nina Rodrigues, que defendia a tese de que a mestiçagem era um fator degenerativo (Moreira, 1908), Moreira subtraía para as unidades orgânicas individuais a carga de uma hereditariedade nefasta que, para ele, não poderia ser atribuída nem à nossa problemática racial da miscigenação, nem à nossa nacionalidade; seriam, antes, expressões de um *pathos* mental universal que, se aqui se expressava de modo mais recorrente, e poderia ser sanado pela via da educação (Venâncio, Facchinetti, 2005).

Mais de 15 anos depois da abolição da escravidão, a associação entre a liberdade dos escravizados e a proliferação das degenerações e das doenças mentais era considerada anacrônica, entretanto, veiculada na eminente comunidade científica do Rio de Janeiro, tal associação poderia ser utilizada como um instrumento importante para justificar e legitimar a implantação de mecanismos mais sutis de controle social (Engel, 1999).

A exclusão dos loucos nos hospícios também era a exclusão e a esterilização em massa de pessoas pretas e pardas.

Assim, a psiquiatria dava sua grande contribuição para a consolidação do racismo estrutural (Almeida, 2019) em nosso país, como também para o racismo institucional, pois no racismo institucional, o que se observa é a presença massiva de determinado grupo étnico-racial nas instituições, o qual

irá trabalhar para fortalecer e manter esse grupo determinado no poder, vamos aprofundar a discussão desse conceito posteriormente.

Segundo Almeida (2019), racismo estrutural é a formalização de um conjunto de práticas institucionais, históricas, culturais e interpessoais dentro de uma sociedade que frequentemente coloca um grupo racial ou étnico em uma posição melhor para ter sucesso e ao mesmo tempo prejudica outros grupos causando disparidades que se desenvolvem entre os grupos ao longo de um período de tempo. “O racismo estrutural não é algo que poucas pessoas ou instituições optam praticar, mas uma característica dos sistemas sociais, econômicos e políticos” (Almeida, 2019).

Da psiquiatria organicista à tradicional: argumentos eugênicos que se atualizam na necropolítica atual

As premissas que fundamentavam o trabalho de Nina Rodrigues, Henrique Roxo e outros, se mantém no século XXI. A eugenia se atualiza e permanece.

Os dados encontrados por Barros e Bichaff (2008), de que, quando comparada a população geral, há proporcionalmente uma maior presença de negros (pretos e pardos) moradores dos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. Isso possibilita refletir 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”.

Estudos evidenciam as dificuldades de ascensão social vivenciada pela população negra e identifica as desvantagens criadas pela escravidão. A ausência de políticas públicas pós-abolição e a restrição dos negros na participação política no Brasil mostram-se como as expressões máximas do racismo e da discriminação (IPEA, 2019). Lopes (2005) e Cunha (2010) mostram que negros possuem baixo nível de escolaridade, baixo salário, residem predominantemente nos bairros de periferia das grandes cidades e não têm acesso a vários direitos sociais. Os autores apontam que esses processos discriminatórios condicionam a forma de viver, adoecer e morrer de grupos de pessoas (Lopes, 2005; Batista et al., 2004; Cunha, 2010).

Para Kabenguele Munanga (2002 p. 13) “o racismo na sociedade brasileira contemporânea trata-se de algo que se incorporou nas elites e se enraizou profunda e maleficamente no tecido social”. E, ainda, que seria um erro “ignorar a diferença como elemento fundamental na estruturação e classificação dos problemas tidos apenas como de mercado e de classes, em uma sociedade onde o racismo, embora não institucionalizado, existe de fato na cultura, no tecido social e nos comportamentos políticos” (Munanga, 2002, p. 13).

Barreto (2003) nos ensina que a prática médica dominante persiste na busca exclusiva da doença visível e mensurável nos marcos da biologia do indivíduo, desconsiderando as condições históricas, econômicas e culturais; as relações sociais; os modos de produção e o modo de vida; e as relações de dominação e submissão.

Embora ainda haja relutância em debater o racismo no contexto da saúde mental em certos setores sociais, pesquisas

psicológicas, sociológicas e antropológicas evidenciam que o racismo está relacionado com a perpetuação de problemas mentais. A julgar pelos indícios disponíveis, as “pessoas alvo do racismo” por muito tempo têm maior risco de apresentar problemas mentais ou sofrer agravamento de problemas que já existem.

Sob a hipótese de que há na sociedade brasileira processos ininterruptos de preconceito, abandono e apartamento social sobre populações em situação de vulnerabilidade, Barros et al. (2014) revisitaram o banco de dados do Censo Psicossocial do Estado de São Paulo (Barros, Bichaff, 2008) para descrever o perfil dos moradores dos hospitais psiquiátricos e caracterizar o perfil clínico dos moradores segundo raça/cor, e concluíram que:

1. os dados do Censo Psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo revelam que à população negra cabe a injusta posição de prioritária no ranking da exclusão social; a faixa etária dos moradores pretos e pardos internados era de 35 a 49 anos. Esse dado levanta a hipótese de que pretos e pardos são internados mais jovens e permanecem hospitalizados;
2. há maior proporção de negros que estão internados porque não têm renda, família ou lugar para morar e porque têm rede social frágil. Essa precariedade social se associa a transtorno mental ou doenças clínicas.
3. a população negra sofre, historicamente, processos ininterruptos de abandono e apartamento social. O lugar por excelência de abandono e exclusão é o manicômio, além de outras instituições totais.

Os dados do Censo Psicossocial de moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo corroboram as afirmações dos autores acima citados e revelam que à população negra cabe a injusta posição de prioritária no ranking da exclusão social nos hospitais psiquiátricos do Estado. No que se refere à população internada, a população branca correspondia a 60,29%. Entretanto, a população negra interna compreendia 38,36%, apesar de a população negra do Estado de São Paulo representar 27,4%, ou seja, vemos maior proporção de negros habitando os hospitais, quando comparados à população negra no referido estado. Em termos de barreiras à cidadania, observou-se como característica dos institucionalizados que os pretos e pardos eram predominantemente analfabetos, enquanto os brancos eram distribuídos por diversos níveis de escolaridade. Ao considerarem que os pretos e pardos moradores se distribuía majoritariamente entre as idades de 35 anos e 49 anos, enquanto as mulheres de mesma raça/cor prevaleciam entre 50 anos e 68 anos, os autores levantaram como questão se os homens pretos e pardos eram institucionalizados mais jovens e assim permanecem hospitalizados. Além disso, entre os motivos de manutenção da internação baseados exclusivamente na precariedade social, os homens pretos obtiveram maior proporção, com 11,4%, bem como foram os que menos receberam visitas (Barros et al., 2014).

Esses resultados não foram suficientes para sensibilizar os gestores a incluir o racismo nos planos e estratégias de gestão.

É fundamental que as recomendações realizadas pelo Censo Psicossocial sejam implementadas por gestores, sociedade civil, associações e todos aqueles que defendem os direitos

das pessoas com transtornos mentais. No entanto, deve-se considerar que as desigualdades raciais no Brasil têm se revelado persistentes e requerem ações e políticas públicas que alterem a situação de adversidade vivida pela população negra.

Os efeitos do racismo é uma linha de interpretação recente da questão da saúde mental no Brasil (Silva, 2005). Todavia, há que se perguntar 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.

No contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os serviços comunitários são a principal estratégia de atenção à população que sofre de transtornos mentais.

No marco da desinstitucionalização, o hospital psiquiátrico não é mais o lugar de tratamento, e o acesso aos serviços no território, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pressupõe compreensão psicossocial do sujeito. No entanto, os efeitos psicossociais do racismo têm sido pouco estudados, no contexto da reforma ou dos serviços. Todavia, essa temática se coloca como importante na assistência e na perspectiva da compreensão de agravos no processo de saúde e doença mental, da reabilitação psicossocial e da inclusão, metas do cuidado na saúde mental.

Kwate e Goodman (2015) alertam para a dificuldade metodológica de comprovar a associação entre exposição ao racismo e desenvolvimento de doenças mentais por meio de estudos de cortes não longitudinais, o que torna tais estudos onerosos. Entretanto, a experiência de racismo tem associação comprovada com sentimento de solidão entre os jovens (Priest et al., 2014), com dias de saúde mental mais precária (Kwate,

Goodman, 2015) e com sintomas de ansiedade e depressão (Pietterse et al., 2012).

Em levantamento realizado a partir dos registros de óbito da população residente no Estado de São Paulo para os anos de 1999, 2000 e 2001, os transtornos mentais como causas características dos óbitos foram, entre os pretos, a quarta causa de morte em importância e a terceira entre os pardos, e não foi listada entre as causas características dos óbitos em ordem de importância entre os brancos (Batista, Escuder, Pereira, 2004).

Rosa e Vilhena (2012) chamam a atenção para o enfrentamento do tema “diversidade” nas discussões na área da saúde mental, reforçando a necessidade do fortalecimento das políticas de promoção de igualdade, bem como o combate às desigualdades, os estigmas e os estereótipos. Nesse sentido, os autores destacam as recomendações nos relatórios finais da III Conferência Nacional de Saúde Mental - de se enfatizar o desenvolvimento de pesquisas que investiguem o impacto do racismo na saúde mental da população negra e indígena - e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial - sobre o combate das desigualdades, os estigmas e os estereótipos, bem como sobre o desenvolvimento de recortes específicos de raça e etnia na elaboração, implantação e execução de políticas públicas no campo da saúde mental.

Em oposição ao hospital psiquiátrico, os CAPS têm como finalidade a inclusão social das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2004). Atualmente não são encontrados estudos que abordem o acesso da população negra aos serviços oferecidos pelo CAPS, evidenciando que o uso da variável raça/cor, que carrega o peso das construções históricas e culturais do

Brasil, ainda é escasso na área da saúde (Araújo et al., 2009). Assim, é importante verificar se a inclusão da população negra nos serviços comunitários de saúde mental tem sido objeto de estudos da comunidade científica.

Recentemente, o interesse pelos efeitos psicossociais do racismo tem se tornado linha de interpretação da questão da saúde mental no Brasil, mas não há volume de publicações científicas brasileiras consistente sobre esse objeto de estudo. Assim, Silva et al. (2017) realizaram estudo com o objetivo de apresentar descritivamente, por meio de revisão da literatura científica, o perfil dos usuários atendidos em CAPS no Brasil, para verificar a inclusão do quesito raça/cor nessa produção.

A revisão de literatura possibilitou evidenciar, nos estudos relacionados ao campo de pesquisa da saúde mental no Brasil, que o uso da variável raça/cor para caracterizar os usuários dos serviços de CAPS ainda é reduzido, mesmo que seja um importante marcador de cunho social. Isso vai ao encontro da maneira como as desigualdades raciais no Brasil são tratadas pela sociedade: como inexistentes, o que reforça as iniquidades. Essas desigualdades têm se revelado persistentes e requerem ações e políticas públicas que alterem a situação de adversidade vivida pela população negra.

Qualificar a informação raça/cor nos instrumentos de saúde é importante para monitorar e avaliar as ações de promoção da igualdade racial previstas no Estatuto da Igualdade Racial, em que é garantida à população negra acesso universal e igualitário a todo e qualquer tipo de serviço de saúde.

O uso da variável raça/cor e a sua utilização como categoria de análise podem gerar evidências científicas sobre

o racismo como produtor de sofrimento psíquico e podem contribuir com a atuação dos serviços, da gestão e da sociedade civil/controlar social. Faz-se necessário que a política de saúde mental inicie discussão que vá além de recomendações de conferências, para que se definam estratégias para esse enfrentamento e para que a academia produza e reproduza conhecimentos que desvelem mais detalhadamente esse fenômeno e possa ajudar na elaboração e na implementação dessas estratégias.

Vale reafirmar que no Brasil, o silenciamento da loucura tem cor, segundo o Censo dos Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo-2008 e diversas pesquisas apontam barreiras e iniquidades imputadas à população negra pelo racismo institucional, o qual imbricado com a psiquiatrização da vida e de teorias sobre periculosidade, ganham força no chicote do torturador que atualizou a eugenia em necropolíticas contemporâneas (Barros, Bichaff, 2008; Barros et al., 2014; Mbembe, 2018).

Os argumentos eugênicos se atualizam na necropolítica do atual governo brasileiro: os retrocessos nas políticas de saúde mental que encaminham as pessoas com problemas de saúde mental para os hospitais psiquiátricos, proposições para encarceramento em comunidades terapêuticas de jovens usuários de drogas, que são em sua maioria, pretos, pardos e pobres, a retirada das equipes de atenção à saúde mental dos presídios, são exemplos da necropolítica discriminadora e racista do governo e de uma parcela da psiquiatria. Enquanto isso, nada sabemos da população encarcerada em hospitais psiquiátricos: cuidados preventivos, como foi isolar quem já vive isolado, contaminação e óbitos.

Por fim, afirma-se que impacto na saúde mental será a sequela mais devastadora da pandemia Covid-19 (De Boni et al., 2020), pois o distanciamento social, insegurança financeira, desemprego, medo de adoecer e luto causarão problemas na saúde mental que permanecerão entre nós por muito tempo. Se os pretos e pardos estão entre aqueles que majoritariamente estão desempregados, entre os que mais adoecerão e que mais morrerão, como podemos enfrentar este desafio sem considerar o racismo, a discriminação e o preconceito?

Referências

- Almeida S. Racismo estrutural. São Paulo: Pólen livros; 2019. 256p.
- Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. Interface - Comunic, Saude, Educ. 2009;13(31):383-94. doi: 10.1590/S1414-32832009000400012
- Barreto M. Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações. São Paulo: EDUC, 2003.
- Barros S, Batista LE, Delossi ME, Escuder MML. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. Saúde Soc. 2014;23(4):1235-47. doi: 10.1590/S0104-12902014000400010
- Barros S, Bichaff R, organizadoras. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: Fundap: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo; 2008.

Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub judice [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996. 202p.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Residências terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> . Acesso em: 23 mar. 2021.

Costa JF. Ordem médica e norma familiar. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

Cunha EMGP. Diferenciais étnico-raciais nas características sociodemográficas da população paulista. In: Kalckman S, Batista LE, Castro CM, organizadores. Nascer com equidade, humanização do parto e nascimento: questões raciais/cor e de gênero. São Paulo: Instituto de Saúde; 2010. p. 85-110. (Temas em saúde coletiva, 11).

De Boni RB, Balanzá-Martínez V, Mota JV, Cardoso TA, Ballester P, Atienza-Carbonell B, et al. J Med Internet Res 2020;22(10):e22835. doi: 10.2196/22835

Engel MG. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. História, Ciências, Saúde- Manguinhos, 1999;5(3):547-63.

Ferreira T. O que foi o movimento de eugenia no Brasil: tão absurdo que é difícil acreditar. Portal Geledés, 2017. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/o-que-foi-o-movimento-de-eugenia-no-brasil-tao-absurdo-que-e-dificil-acreditar/>. Acesso em 23 mar. 2021.

- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Desigualdade racial da pobreza no Brasil. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2487.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.
- Kwate NO, Goodman MS. Cross-sectional and longitudinal effects of racism on mental health among residents of black neighborhoods in New York City. *Am J Public Health*. 2015 April;105(4):711-18. doi: 10.2105/AJPH.2014.302243
- Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saude Public*. 2005;21(5):1595-1601. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500034
- Machado R, Loureiro Â, Luz R, Muricy K. Da (N)ação da Norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1978.
- Maciel ME. A eugenia no Brasil. *Anos 90*. 1999;(11):121-43. doi: 10.22456/1983-201X.6545
- Mbembe A. Necropolítica. São Paulo: N-1 edições; 2018, 80p.
- Munanga K. Depoimento dado durante o Ciclo de Debates Políticas Públicas - Cotas para a População Negra. Realizado em 13 maio 2002. Ata da 171.^a Reunião Especial. Disponível em: https://www.almg.gov.br/export/sites/default/consulte/arquivo_diario_legislativo/pdfs/2002/06/L20020615.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.
- Pieterse AL, Todd NR, Neville HA, Carter RT. Perceived racism and mental health among black American adults: a meta-analytic review. *J Couns Psychol*. 2012 Jan;59(1):1-9. doi: 10.1037/a0026208

- Priest N, Perry R, Ferdinand A, Paradies Y, Kelaher M. Experiences of racism, racial/ethnic attitudes, motivated fairness and mental health outcomes among primary and secondary school students. *Journal of Youth and Adolescence*. 2014;43(10):1672-87. doi: 10.1007/s10964-014-0140-9.
- Rosa CM, Vilhena J. Do manicômio ao CAPS da contenção (im)piedosa à responsabilidade. *Barbarói, Santa Cruz do Sul*. 2012;(37):154-762. doi: 10.17058/barbaroi.voi37.2498
- Roxo HBB. Perturbações mentais nos negros do Brasil. *Brazil Médico, Rio de Janeiro*. 1904;15(17):156-92.
- Silva ML. Racismo e os efeitos na saúde mental. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2005. 232 p. (Temas em Saúde Coletiva 3).
- Silva NG, Barros S, Azevedo FC, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde e Soc*. 2017;26(1):100-14. doi: 10.1590/s0104-12902017164968
- Venâncio ATA, Facchinetti C. “Gentes provindas de outras terras”: ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2005;8(2):356-635.
- Venâncio ATA. Doença mental, raça e sexualidade nas teorias psiquiátricas de Juliano Moreira. *Physis*. 2004;14(2):283-305. doi: 10.1590/S0103-73312004000200006

Para saber mais sobre o tema

- Allone GJ. O que são transtornos mentais. PsiqWeb, Campinas, 2008. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=230>. Acesso em: 18 set. 2014.
- Almeida RA. et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 526-538, 2014.
- Araújo NB, Anjos UU, Vianna RPT, Pequeno GA. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2012;61(4):227-234.
- Balarin MLGS, Miranda IMS, Carvalho CM. Centro de Atenção Psicossocial do município de Campinas: estudo sobre o perfil sociodemográfico e clínico de seus usuários. Revista de Ciências Médicas. 2011;20(3-4):59-67.
- Barbosa MIS. Racismo e saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
- Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. Rev Saude Public. 2004;38(5):630-6.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 fev. 2000. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 6, ano IV, nº 6. Informativo eletrônico. Brasília: Ministério da Saúde; junho de 2009. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/smDados/2008_SMD_o6.pdf. Acesso em: 23 mar. 21.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Lei nº 10.216, de 6 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 23 mar. 2021.

Carvalho MDA, Silva HO, Rodrigues LV. Perfil epidemiológico dos usuários da rede de saúde mental do município de Iguatu, CE. SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2010;6(2):337-49.

Costa RC, Coelho MO, Rodrigues Neto EM, Rocha LA, Marques V, Lotif MAL. Perfil epidemiológico de usuários intensivos de um Centro de Atenção Psicossocial. Rev Enferm UFPE on line. 2015; 9(supl. 2):820-9. doi: 10.5205/reuol.6391-62431-2-ED.0902supl201507.

Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral FE, Rodrigues QP, Santos CCC, et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. Texto Context Enferm. 2013;22(2):285-92.

Engel MG. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. História, Ciências, Saúde- Manguinhos, 1999;5(3):547-63.

- Faro A, Pereira ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia*. 2011;16(3):271-8.
- Giovanetti MR, Santos NJS, Westin CP, Darré D, Gianna MC. A implantação do quesito cor/raça os serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. *Saúde e Soc*. 2007;16(2):163-70. doi: 10.1590/S0104-12902007000200016
- Hoffmann MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad Saude Public*. 2008;24(3):633-42. doi: 10.1590/S0102-311X2008000300017
- IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.
- Keusen AL, Lima LA. Perfil da clientela de um asilo: colônia Juliano Moreira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro. 1994;43(5):281-3.
- Kwate NO, Goodman MS. Cross-sectional and longitudinal effects of racism on mental health among residents of black neighborhoods in New York City. *Am J Public Health*. 2015 April; 105(4):711-8. doi: 10.2105/AJPH.2014.302243
- Laguardia J. O uso da variável “raça” na pesquisa em saúde. *Physis*. 2004;14(2):197-234.
- Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saude Public*. 2005;21(5):1595-601. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500034

- Ludermir AB, Melo Filho DAM. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica*. 2002;36(2):213-21. doi: 10.1590/S0034-89102002000200014
- Mangualde AAS, Botelho CC, Soares MR, Costa JF, Junqueira ACM, Vidal CEL. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. *Mental*. 2013;10(19):235-48.
- Miranda CA, Tarasconi CV, Scortegagna SA. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. *Avaliação Psicológica*. 2008;7(2):249-57.
- Moreira J. Psiquiatria. In: Academia Nacional de Medicina, organizadora. Em comemoração do centenário do ensino médico. Rio de Janeiro: Jornal do Commercio; 1908. p. 433-48.
- Nascimento YCML, Rosa LS, Souza JC, Roza e Vêras YA, Brêda MZ, Trindade RFC. Perfil de crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014; 8(5):1261-72. doi: 10.5205/reuol.5863-50531-1-ED.0805201421
- Pereira MO, Souza JM, Costa AM, Vargas D, Oliveira MAF, Moura WN. Perfil dos usuários de Serviços de Saúde Mental do município de Lorena - São Paulo. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(1):48-54. doi: 10.1590/S0103-21002012000100009
- Rodrigues LSA, Sena ELS, Silva DM, Carvalho PAL, Amorim CR. Perfil dos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial: Álcool e drogas. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(8):5191-7. doi: 10.5205/reuol.3452-28790-4-ED.0708201316

- Santos GF, Nascimento YCML, Veríssimo RCSS, Cavalcante JC, Brêda MZ, Holanda JBL. O perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Rev Enferm UFPE on line*. 2013;7(30):679-87. doi: 10.5205/1981-8963-v7i3a10280p679-687-2013
- Silva JPL, Coutinho ESF, Amarante PD. Perfil demográfico e socioeconômico da população de internos dos hospitais psiquiátricos da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Public*. 1999;15(3):505-11. doi: 10.1590/S0102-311X1999000300007
- Silva NG, Barros S, Azevedo FC, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saude e Soc*. 2017;26(1):100-14. doi: 10.1590/s0104-12902017164968
- Trapé TL, Campos RO, Gama CAP. Mental health network: a narrative review study of the integration assistance mechanisms at the Brazilian National Health System. *Int J Health Sci*. 2015;3(3):45-53. doi: 10.15640/ijhs.v3n3a5
- Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health*. 2000;5(3-4):243-68. doi: 10.1080/713667453



II. Racismo e Racismo Institucional

Luciane Régio¹

Bruna de Paula Candido²

Luís Eduardo Batista³

O racismo foi historicamente construído com base na crença da inferioridade de um grupo em relação ao outro, enquanto prática de exclusão do diferente e exercício do poder como um sistema estruturado e estruturante.

A discussão sobre o racismo como determinante em saúde e como direcionador de iniquidades tem crescido consideravelmente em todo mundo, sendo uma das causas de segregação e exclusão (Harris et al., 2012; Bethencourt, 2015). Em uma sociedade racista, alguns grupos sociais historicamente excluídos têm acesso dificultado em todos os setores da vida pública, o que gera impacto sobre as formas de adoecimento e morte (Batista, 2004; Lopes, 2004; Goes, Ramos, Ferreira, 2020).

O processo histórico de escravização do povo africano produziu marcas profundas na sociedade brasileira, com

¹ Luciane Régio - Enfermeira. Doutoranda pelo Programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Ribeirão Preto. Mestre em Ciências pela EEUSP. Membro do grupo de pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental.

² Bruna de Paula Candido - Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGEE). Membro do grupo de pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental.

³ Luís Eduardo Batista - Sociólogo. Pós-Doutor pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do grupo de pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental.

impacto concreto na vida da população. Há em nossa sociedade uma hierarquia social racializada, na qual pessoas brancas ocupam posições privilegiadas e essa sistematização produz desigualdades sociais, de acesso a bens e serviços, obrigando a população negra a um processo de exclusão (Ortegal, 2018).

O racismo reforça estereótipos danosos ao povo negro. Na saúde, é importante ressaltar que o local de moradia e o espaço ocupado no território pela população negra, pois viver em moradias precárias e com maior exposição ao risco social configura maior vulnerabilidade à população negra (Goes, Ramos, Ferreira, 2020). Para Priest et al. (2013), a exposição direta ou indireta de crianças à discriminação racial e ao racismo tem sido associada às condições/estado de saúde, bem-estar e desenvolvimento precários (Priest et al., 2013). Os autores defendem que existe uma seleção de corpos, ou seja, a qual determina quem deve viver ou morrer, fundamentando o que se chama de necropolítica (Priest et al., 2013; Goes, Ramos, Ferreira, 2020; Mbembe, 2019).

Segundo Werneck (2016), no campo da saúde o racismo pode operar em três dimensões: pessoal/internalizado; interpessoal e racismo institucional. Em sua dimensão pessoal o racismo se concretiza em sentimentos de superioridade, inferioridade e passividade. Nas relações interpessoais, o racismo se efetiva em falta de respeito, desvalorização, perseguição, desumanização e negligência ao lidar com o racismo e seus impactos. O acesso reduzido a políticas de saúde de qualidade, o menor acesso à informação, menor participação na gestão dos serviços e sistemas configuram o racismo institucional (Werneck, 2016).

O racismo institucional é considerado a “dimensão mais negligenciada do racismo, desloca-se da dimensão individual e instaura a dimensão estrutural”, conhecido também como “racismo sistêmico”, que age na exclusão, produz hierarquia racial e legitima as iniquidades, mantendo a “vulnerabilidade de indivíduos e grupos sociais vitimados pelo racismo” (Werneck, 2016, p. 541-3).

Uma das formas de enfrentar o racismo institucional é produzir ações nos serviços e elaborar políticas, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial (López, 2012), e neste aspecto, surge a questão: Como desenvolver ações para enfrentar o racismo institucional em uma instituição que atende crianças e adolescentes negros em sofrimento mental?

Diversas pesquisas científicas evidenciam as iniquidades e processos de vulnerabilização, discriminações e violências sofridas pela população negra, em suas interfaces com classe social, gênero, geração, e sexualidade, especialmente, no campo da infância e adolescência (Lopes, 2004; Batista, 2004; David, 2018; Goes, Nascimento, 2010; Cruz, 2004).

Quanto à atenção à saúde mental de crianças e adolescentes os CAPS são os dispositivos estratégicos da Política Nacional de Saúde Mental, por se constituírem como núcleo organizador da Rede de Atenção Psicossocial. Esses serviços de saúde são abertos e têm como objetivo oferecer acompanhamento clínico e psicossocial às pessoas com problemas de saúde mental, residentes em sua área de abrangência, pelo acesso ao lazer, trabalho, exercício da cidadania, fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2002; 2011a).

Entretanto, na programação das ações da política e na prática dos serviços, o racismo que estrutura a nossa sociedade não vem sendo pensado como um determinante social de saúde mental.

A intersecção racismo e sofrimento mental exige pensar um alinhamento ao fator do território onde a população está inserida, isto porque este território pode contribuir para significativas vulnerabilidades sociais, como pobreza, violência, carência de acesso a bens e serviços públicos etc. O reconhecimento de uma dívida histórica por parte da saúde mental para com crianças e adolescentes, assim como o possível impacto do racismo no sofrimento mental faz da intersectorialidade um ponto de partida para a implementação de ações de enfrentamento ao racismo institucional (Smolen, 2016).

Tecidas estas considerações, nota-se a necessidade de investir para que a Política de Saúde Mental, os serviços e os profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes negras atuem no enfrentamento ao racismo institucional, para isso propomos:

- Incluir uma política de saúde mental antimanicomial e antirracista nas políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes;
- Incorporar na política de saúde mental diretrizes para que o quesito “raça/cor” seja um dado analítico nos serviços de saúde mental incorporado ao Projeto Técnico Institucional (PTI) e ao Projeto Terapêutico Singular (PTS);

- Discutir a questão do poder do racismo estrutural na perspectiva da branquitude, na equipe da área técnica saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- Incluir nos processos de capacitação e educação continuada a temática do racismo e do sofrimento mental para profissionais da RAPS;
- Elaborar e divulgar materiais e ações informativas e educativas na RAPS com o objetivo de aprofundar e qualificar como o racismo se estrutura no Brasil, na história da institucionalização da loucura, nos processos de escravização, eugenia e necropolítica, que selecionam, pelo racismo científico, os corpos a serem desumanizados e cerceados de direitos e liberdade nos manicômios/hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas;
- Contemplar ações antirracistas na RAPS no Plano Municipal de Saúde;
- Incluir a temática “racismo e saúde mental” nos instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde);
- Identificar o itinerário terapêutico, o percurso e sofrimento mental da criança/adolescente negro atendido em CAPSij.
- Incluir a temática racial, como parte do PTS e do PTI (Barros et al., 2020).

Referências

- Barros S, Batista LE, Santos JC, Messias L, Martins LR, Ballan C, et al. Relatório técnico do diálogo deliberativo “O processo de cuidar em saúde mental da criança/ adolescente negro usuário de CAPSij”. São Paulo: EEUSP; 2020.
- Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev Saude Public.* 2004;5(38):630-6. doi: 10.1590/S0034-89102004000500003
- Bethencourt F. Racismos: Das Cruzadas ao século XX. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
- Brasil. Portaria n.º GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* Brasília, 26 dez. 2011.
- Brasil. Portaria n.º GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002. Institui sobre as modalidades e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Diário Oficial da União.* Brasília, 20 fev. 2002.
- Cruz ICF. A Sexualidade, a saúde reprodutiva e a violência contra a mulher negra: aspectos de interesse para assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(4):448-57. doi: 10.1590/S0080-62342004000400011
- David EC. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil. [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2018.

Galleguillos TGB, Neves H, Lira MMTA, Nazário C, Castro I, Freitas M, Santos P. Aspectos da questão étnico-racial e saúde no Município de São Paulo. In: São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Boletim CEInfo Análise; 2015, ano X (12). São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2015.

Goes EF, Nascimento ER. Intersecção do Racismo e do Sexismo no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. 2010. Disponível em: http://www.fg2010.wwwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278279228_ARQUIVO_INTERSECCAODORACIS-MOEDOSEXISMONOAMBITODASAUDESEXUALERE-PRODUTIVA.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

Goes EF, Ramos DO, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. Trab Educ Saude. 2020;18(30):e00278110. doi: 10.1590/1981-7746-sol00278

Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: Tópicos em Saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Seminário Nacional da Saúde da População Negra. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 47-94.

López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface. 2012;16(40):121-34. doi: 10.1590/S1414-32832012005000004

Mbembe A. Crítica da Razão Negra. São Paulo: Editora N-1; 2019.

Ortegal L. Relações raciais no Brasil: colonialidade, dependência e diáspora. Serv Soc Soc. 2018;(133). doi: 10.1590/0101-6628.151.

- Priest N, Paradies Y, Trenerry B, Karlsen MTS, Kelly Y. A systematic review of studies examining the relationship between reported racism and health and wellbeing for children and young people. *Soc Sci Med.* 2013 Oct;95:115-27. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.11.031.
- Smolen JR. Raça/cor da pele, gênero e transtornos mentais comuns na perspectiva da interseccionalidade [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2016.
- Werneck J. Racismo Institucional e Saúde da População Negra. *Saúde Soc.* 2016;25(3):535-49. doi: 10.1590/S0104-129020162610



III. Estigma e as dimensões da inclusão social no campo psicossocial

Jussara C. Santos¹

Luciane Régio²

Lara S. M. Floriano³

A atenção psicossocial não é um modelo ou sistema fechado, mas sim um processo social, complexo, com o objetivo de acolher e atender às necessidades de saúde mental, levando em consideração o reconhecimento da singularidade e a autonomia das pessoas, e é neste caminho que ocorre a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 28 de junho de 2011 (Brasil, 2011).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira tem a desinstitucionalização como princípio, que de acordo com Rotelli et al. (1990, p. 33), “é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas”, uma vez que muda-se o paradigma centrado na institucionalização da doença, na cura, no tratamento, na objetificação do sujeito, para o entendimento de que

¹ Jussara C. Santos - Doutora e Mestre pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental.

² Luciane Régio -Doutoranda do Programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Ribeirão Preto, membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental.

³ Lara S. M. Floriano - Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná.

“cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento e que, ao mesmo tempo, transforme a vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento”.

Neste cenário, para incluir a dimensão do estigma e da inclusão social nos processos de cuidado pelos profissionais de saúde mental discutiremos a seguir os conceitos e suas interfaces com a vida das pessoas com problemas de saúde mental.

Inclusão social

O conceito de inclusão social relaciona-se tanto aos direitos sociais, quanto aos objetivos da prática terapêutica no campo psicossocial; os profissionais podem construir inclusão social na prática clínica, abrangendo na atenção à saúde as necessidades dos usuários para trabalho, educação, moradia, relacionamentos e/ou outras (Sayce, 2001).

Segundo a literatura, o processo de exclusão/inclusão social é multidimensional e acontece em diversas esferas da vida, e desenvolve-se a partir da forma como se estabelecem as relações pessoais, as atividades realizadas pelo indivíduo e a relação entre o singular e o coletivo (Salles, Barros, Santos, 2019).

É essencial um modelo assistencial que cuida dos direitos fundamentais do usuário e da família em seus contextos comunitários, que permita a convivência dos métodos terapêuticos com a cidadania e a liberdade, bem como, livre de estigma – que, segundo pesquisas científicas, prejudica a inclusão social de pessoas com problemas de saúde mental (Santos et al., 2016).

Os cuidados de saúde necessitam desenvolver ações de caráter intersetorial, a partir das características de território. Trata-se de reconhecer o direito do diferente, com oportunidades de acesso igualitárias e equitativas. Os aspectos mais relatados como experiências de exclusão social pelos usuários, participantes de um estudo sobre projetos culturais em centros de atenção psicossocial, foram a discriminação e o preconceito - vivências que produzem a exclusão social e que estão de acordo com as concepções da sociedade sobre o “transtorno mental”, caracterizando os loucos como pessoas incapazes e perigosas (Santos, Barros, Santos, 2016).

O estigma e as pessoas com problemas de saúde mental

O conceito de estigma nasce na antiguidade como uma marca, algo no corpo, como no caso dos escravizados, que ao longo dos anos vai sendo entendido como um atributo peculiar, que na relação social passa a ser destacado como inferior, estereótipo, factível de ser discriminado, ou seja, generalizações e julgamentos que estigmatizam (Goffman, 2008). Seguindo esse conceito, o estigma é uma construção social, que afeta as pessoas com problemas de saúde mental, a ponto de tornar-se uma barreira para a inclusão social (Santos, Barros, Santos, 2016; Tornicroft, 2008).

Para lidar com o estigma, os usuários dos serviços de saúde mental, muitas vezes, mantêm em segredo sua doença ou se afastam dos amigos, conhecidos e familiares. Estes, por outras vezes, os excluem do seu ambiente social (Santos, Barros, Santos, 2016; Sales e Barros, 2013)

Assim, a função do estigma é de exercer o controle social e evidenciar a mácula social (Goffman, 2008; Santos, 2013). A fim de reverter a imagem social criada pelo estigma, diversos estudos salientam a necessidade de planejamento de ações com essa função (Link, Phelan, 2001; Corrigan, 2005; Corrigan, Shapiro, 2010; Thornicroft, 2008; Santos, 2013; Santos et al., 2016).

Existem três estratégias para se desconstruir o estigma, as quais buscam ofertar maior conhecimento sobre o tema, são elas:

1. educação direta a grupos específicos e a familiares;
2. campanhas nacionais; e
3. contato/convivência, sendo esta última intervenção a mais eficaz, pois destrói estereótipos presentes na cultura/sociedade e, por consequência, diminui a discriminação enfrentada por pessoas com transtorno mental.

As equipes dos serviços substitutivos territoriais devem aproveitar oportunidades dentro e fora do campo da saúde mental com o intuito de promover inclusão social, reabilitação psicossocial, por meio de ações estratégicas supracitadas para desconstruir o estigma no seu território de atuação (Santos, 2013; Santos, Barros, Santos, 2016). Portanto, deve-se estar atento para compreender que usuários dos serviços de saúde mental expressam desejo por um círculo de amizades, relacionando isso à melhora da qualidade de vida (Sales, Barros, 2014; Salles, Barros, Matsukura, 2016). O processo de cuidar no campo psicossocial deve ter como finalidade o aumento da habilidade das pessoas em acessar e utilizar oportunidades e recursos, num percurso que faça ampliar sua contratualidade, na garantia dos Direitos Humanos. Essa ideia corrobora o

conceito de rede social, que aborda o poder de negociação ou grau de contratualidade da pessoa com problemas de saúde mental com a sociedade (Saraceno, 2001).

No corpo social as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído para cada pessoa, poder contratual. Os problemas de saúde mental, somados à cor da pele, diminuem o poder de contrato, de possibilidades de trocas sociais.

Para pessoas usuárias de serviços de saúde mental existem muitos obstáculos para a inclusão social e realização de projetos de vida. A crença geral de incapacidade talvez seja o maior deles, no entanto, mantém-se expectativas de viver melhor, constituir família, expandir relacionamentos, trabalhar, estudar e não ser internado em hospitais psiquiátricos, ou seja, os desejos do cidadão comum: amor, trabalho, diversão, saúde e dinheiro (Salles, Barros, 2009, 2014; Leão, Barros, 2011).

Outro aspecto importante é a participação na sociedade, como cidadão. Cidadania é um conceito chave para a noção de inclusão social. Para alcançá-la, é preciso que o sistema legal garanta direitos e oportunidades para as pessoas com problemas de saúde mental. Isso requer uma visão que vá além do paradigma biomédico (Santos, Barros, Santos, 2014).

O racismo e a sobreposição deletéria

O racismo como ideologia é a principal barreira na inclusão social da população negra. Estudos apontam que o estigma relacionado ao problema de saúde mental pode ser maior quando a pessoa é negra, o qual pode reforçar estereótipos de

incapacidade e periculosidade, resultando sobreposição deletéria que agrava a exclusão e, intensifica a discriminação e a marginalização social das pessoas negras com problemas de saúde mental (Barros et al., 2020; Santos, Barros, Huxley, 2018; Batista, Barros, 2017).

No entanto, as atuais gestões governamentais têm retrocedido no acesso a direitos, em prol da necropolítica e do neoliberalismo do Estado que afetam e suprimem estratégias de inclusão social e, conseqüentemente, aumentam as iniquidades entre negros e brancos. Dessa maneira, há necessidade de desenvolver estratégias que permitam acesso igualitário e, ao mesmo tempo, equitativo, bem como promover o combate do estigma, do racismo, da discriminação e violências vividas pelas crianças e adolescentes negros acompanhados pelos CAPS, especialmente os CAPSi.

As equipes dos serviços de atenção psicossocial devem estar atentas para identificar, no cotidiano do serviço, atitudes e atos que revelem discriminação, racismo, estigma e exclusão.

O uso de ferramentas que ajudem a identificar e medir essas atitudes podem ser realizadas em conjunto com gestores e academia, oferecendo suporte para intervenções (Daflon, Carvalhaes, Feres Junior, 2017; Santos, 2018; Oliveira, 2014).

É preciso avançar na inclusão social de crianças e adolescentes acompanhados pelos CAPSi, a fim de compreender a influência da cor da pele no processo de cuidado em saúde e nos resultados produzidos a partir deste, para que seja possível superar o estigma.

Referências

- Batista LE, Barros S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. *Cad Saude Public.* 2017;33(Supl. 1):e00090516. doi: 10.1590/0102-311x00090516
- Barros S, Batista LE, Santos JC, Messias L, Martins LR, Ballan C, et al. Relatório técnico do diálogo deliberativo “O processo de cuidar em saúde mental da criança/ adolescente negro usuário de CAPSij”. São Paulo: EEUSP; 2020.
- Barros S, Batista LE, Delossi ME, Escuder MML. Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde Soc.* 2014;23(4):1235-47. doi: 10.1590/S0104-12902014000400010.
- Brasil. Portaria n.º GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* Brasília, 26 dez. 2011.
- Corrigan PW. Changing stigma through contact. *Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry.* 2005;1:614-25.
- Corrigan PW, Shapiro JR. Measuring the Impact of Programs that Challenge the Public Stigma of Mental Illness. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(8):907-22. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.004
- Daflon VT, Carvalhaes F, Feres Junior J. Sentindo na Pele: Percepções de Discriminação Cotidiana de Pretos e Pardos no Brasil. *Rev Dados.* 2017;60(2):293-330. doi: 10.1590/001152582017121

- Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora LTC; 2008.
- Kinoshita R. Contratualidade e Reabilitação psicossocial In: Pitta AMF, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Leão A, Barros S. Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Interface. 2011;15(36):137-52. doi: 10.1590/S1414-32832011000100011
- Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology. 2001;27:363-85.
- Oliveira K. Avaliação de propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de discriminação e estigma (Disc-12 Brasil) para pessoas com esquizofrenia [dissertação]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUBD-A95NU3>. Acesso em: 23 mar. 21.
- Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Nicácio F, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.
- Salles MM, Barros S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. Acta Paul Enferm. 2009;22(1):11-16. doi: 10.1590/S0103-21002009000100002
- Salles MM, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. Rev Cienc Saude Colet. 2013;18(7):2129-38. doi: 10.1590/S1413-81232013000700028
- Salles MM, Barros S. Da cidadania à realização de projetos de vida: inclusão social de usuários de um Centro de Atenção

Psicossocial na vida cotidiana. *Physis*. 2014;24(4):1275-92. doi: 10.1590/S0103-73312014000400013

Santos JC, Barros S, Santos IMM. Stigma: The Perspective of Workers on Community Mental Health Services-Brazil. *Glob Qual Nurs Res*. 2016.6;3:2333393616670442. doi: 10.1177/2333393616670442.

Santos JC. A adaptação cultural da Escala Social and Communities Opportunities Profile [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018. Disponível em https://teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-23072019-153711/publico/Jussara_Santos.pdf Acesso em: 23 mar. 21.

Santos JC, Barros S, Huxley PJ. Social inclusion of the people with mental health issues: Compare international results. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;002076401876394. doi: 10.1177/0020764018763941

Santos JC. O estigma da doença mental: compreensão e ações dos trabalhadores dos CAPS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

Salles MM, Moraes M, Barros S, Matsukura TS. The Brazilian Community Mental Health Care Services: Social Inclusion and Psychosocial Rehabilitation. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*; 2016;3:89-94. doi: 10.1007/s40737-016-0067-4

Salles MM, Barros S, Santos JC. Relacionamentos familiares de pessoas com transtornos mentais: processos de exclusão e inclusão social. *Rev Enferm UERJ*. 2019;27:e26923. doi: 10.12957/reuerj.2019.26923

Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá; 2001.

Sayce L. Social Inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*. 2001;25:121-3. doi: 10.1192/pb.25.4.121

Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Rev Epidemiol Psichiatr Soc*. 2008;17(1):14-9. doi: 10.1017/S1121189X00002621



IV. Apontamentos sobre a defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes em CAPSij a partir das questões raciais

Cláudia Braga¹

Estefânia Ventura²

O manifesto de Bauru, resultado das discussões produzidas no II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em 1987, reconhece o manicômio como “expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão”, o que inclui a “opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres” (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, 1987). Este manifesto é um marco do início da luta antimanicomial no Brasil. A partir da letra de seu texto, podemos refletir que a luta antimanicomial manifesta, desde o início, seu compromisso de aliar-se aos diversos

¹ Cláudia Braga - Terapeuta Ocupacional (FMUSP) e bacharel em Filosofia (FFLCH/USP). Doutoranda em Filosofia (FFLCH/USP), Mestre em Serviços e Políticas Públicas de Saúde Mental (NMS/FCM) e Mestre em Saúde Coletiva (FMUSP). Vínculo institucional: Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Filosofia. São Paulo, SP, Brasil.

² Estefânia Ventura - Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem Wenceslau Brás Itajuba/MG em 1997, com percurso na Estratégia Saúde da Família, em todos os ciclos de vida, até 2013. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade São Camilo (2006). Enfermeira no CAPSij Freguesia do Ó/Brasilândia desde 2014. Mulher Negra, mãe Negra, idealizadora do grupo de estudos Afro-Investidores, do grupo de estudo Enfermagem e Saúde da População Negra (PNISPN) e do coletivo KilomBrasa.

movimentos populares e a se posicionar contra todas as formas de opressão.

Dentre as transformações produzidas no percurso histórico da reforma psiquiátrica brasileira, sustentada pela luta antimanicomial, a dimensão da mudança da rede de atenção com a substituição dos manicômios por uma rede de serviços aberta e de caráter territorial é fundamental. Nesta rede, os CAPS têm papel estratégico, responsabilizando-se pelas demandas de saúde mental de seu território, operando com portas abertas e produzindo práticas de desinstitucionalização no cotidiano. Tais práticas envolvem a afirmação da cidadania das pessoas com problemas de saúde mental, a busca por refletir e redistribuir poder nas relações e a construção de estratégias para a produção de direitos nos contextos reais de vida, incluindo o direito à liberdade (Brasil, 2016).

Ora, considerando as proposições da luta antimanicomial e o papel dos CAPS, é importante trazer para primeiro plano o reconhecimento das formas de opressão presentes na sociedade brasileira e reproduzidas, também, nas relações nos serviços de saúde mental, de modo que seja construída coletivamente a possibilidade de superá-las. Dentre as formas de opressão destacamos, aqui, o racismo.

Importante notar que, não obstante o compromisso inicial da luta antimanicomial, no percurso histórico da reforma psiquiátrica a luta contra o racismo e as pautas dos movimentos negros ficaram ausentes das discussões e das práticas; a luta antimanicomial não bebeu da fonte dos autores negros da saúde mental, nem realizou parcerias e articulações com a luta dos movimentos negros. Inclusive, apenas em 2014 a discussão

sobre saúde mental da população negra ganhou espaço na política institucional com a criação do Grupo de Trabalho sobre Racismo e Saúde Mental (Brasil, 2016) – grupo que atuou por um breve período de tempo e foi descontinuado no contexto de ruptura da democracia.

No âmbito dos serviços, um exemplo simples que ilustra como as questões raciais estão ausentes do cotidiano das práticas é a inexistência como prática padrão o preenchimento do quesito raça/cor nos prontuários em CAPS, invisibilizando esse determinante como algo importante para se considerar no serviço. Em um país em que mais da metade da população se autodeclara negra, em que quase 70% dos usuários do SUS se autodeclaram negros, e com relações sociais marcadas pelo racismo (Brasil, 2017), entendemos que a ausência de uma informação como essa é reveladora acerca da não incorporação da luta contra o racismo. Salientamos que, em acordo com o apontado por Camargo (2018), é necessário refletir sobre raça e cor nas discussões e práticas do CAPS, reconhecendo os impactos do racismo estrutural e que, enquanto violência, têm consequências para as pessoas, podendo incluir as experiências de humilhação e sofrimento; ao mesmo tempo, é preciso ter muita atenção para que esse necessário reconhecimento não se torne patologização do racismo.

Considerando essas questões e tendo em vista os impactos da discriminação racial, buscamos apresentar ideias e pistas iniciais para refletir sobre como as práticas dos CAPS podem se realizar na afirmação de direitos, reconhecendo as questões raciais que atravessam a vida cotidiana. Nosso foco são os CAPSij, voltados para crianças e adolescentes, mas entendemos que

as ideias que apresentamos podem ser úteis para refletir sobre as práticas dos CAPS de modo geral.

Para tanto, partimos de um duplo lugar. Primeiro, consideramos as práticas realizadas em CAPSij, pois são elas que revelam as questões fundamentais que precisam ser enfrentadas para a construção do exercício de direitos. Em segundo lugar, para refletir sobre a defesa e a garantia de direitos nos CAPSij, consideramos a proposição do kit de ferramentas *Direito é Qualidade* da iniciativa *QualityRights* da Organização Mundial de Saúde (OMS), baseado na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e traduzido oficialmente no Brasil em 2015 (Brasil, 2015), e estudo sobre esse material nos cenários dos CAPSij (Braga, 2018).

Assim, propomos quatro temas que abrangem práticas de atenção em saúde mental nos CAPSij, a partir da agenda de direitos e buscamos apresentar em cada um dos temas ideias e pistas iniciais sobre como transversalizar as questões de raça/cor e etnia em práticas que reconheçam essas questões e que busquem ser antirracistas.

Algumas ideias e pistas para defender e garantir direitos de crianças e adolescentes em CAPSij a partir das questões raciais

1. O direito à liberdade e ao reconhecimento da cidadania

Como dispostos nos Artigos 7 e 14 da CDPD (Brasil, 2015), é garantido às crianças e aos adolescentes o direito à

liberdade e à cidadania, cabendo a escuta de suas perspectivas e opiniões e o fomento de seu protagonismo. À vista disso, é fundamental desenvolver nos serviços estratégias para construir o direito à liberdade no cotidiano e garantir que crianças e adolescentes não entrem em circuitos institucionais excludentes e violentos que neguem esse direito, prevenindo internações em hospitais psiquiátricos e em outras instituições de características asilares, seja do sistema de saúde, seja do sistema da justiça. Já a construção do direito ao exercício da cidadania, em uma prática atenta à dimensão racial, requer escutar as experiências singulares e coletivas de racismo, abrir espaço para outros saberes e práticas que não os referenciados em uma cultura branca e desenvolver estratégias para ampliar as oportunidades de participação social e de exercício de poder pelas crianças e adolescentes em espaços de decisão, como as assembleias. Para isso, é fundamental que os próprios trabalhadores reflitam criticamente sobre as relações que produzem e que, em particular, os trabalhadores brancos reflitam sobre o seu lugar na racialização do outro e sobre os privilégios da branquitude na construção das oportunidades de exercício da própria cidadania. Dessa reflexão crítica e da desconstrução de ideias e afetos instituídos que reproduzem o racismo, é necessário inventar outras formas de relação no serviço e no território.

2. O direito à prevenção de violências

Tal como disposto nos Artigos 15 e 16 da CDPD (Brasil, 2015), práticas violentas de diversas ordens não podem ter lugar e serviços de saúde mental precisam agir para

preveni-las. Em uma perspectiva racial, aqui se sobrepõe a necessidade de enfrentar no território o estigma e o preconceito vividos por crianças e adolescentes negros usuários de serviços de saúde mental, bem como reconhecer para desconstruir o racismo estrutural que acontece nos serviços da rede, incluindo nos CAPS e no território. Para isso, um caminho é reconhecer, escutar e dar lugar às discussões sobre as experiências cotidianas e violentas de humilhação e de constrangimento vivenciadas por crianças e adolescentes negros (incluindo a violência de Estado), ficar atento às situações de racismo reproduzidas no próprio CAPSi, manter em aberto as reflexões sobre como enfrentá-las e construir estratégias de combate ao racismo com e no território. Importante lembrar que os direitos são interconectados, assim, a defesa e garantia de outros direitos, como o de não entrar em circuitos institucionais excludentes e violentos, remete à defesa do direito à prevenção de violências.

3. O direito à uma vida compartilhada em um território comum

Este tema inclui o direito a viver no território, a ter preservada as relações familiares e ter acesso à educação escolar, sendo isto afirmado nos Artigos 19, 23 e 24 (Brasil, 2015). O papel do CAPS envolve o mapeamento e ativação de recursos no território para criar oportunidades de vida digna, de laços sociais fortes e de projeção de outros futuros possíveis. Considerando a dimensão racial, é importante no trabalho territorial do CAPSi compreender o contexto de vida e a experiência do que é ser criança e adolescente negro, reconhecendo as

dinâmicas racistas do território que bloqueiam oportunidades de exercício de direitos. Um caminho para práticas de enfrentamento ao racismo pode ser o de mapear iniciativas e ações afirmativas, instituir parcerias com movimentos, associações e grupos de pautas antirracistas, e buscar dar visibilidade para os saberes e narrativas de pessoas negras em discussões para além do racismo. Na relação com os familiares e rede social, é relevante incluí-los como coparticipantes na construção cotidiana do Projeto Terapêutico Singular (PTS) da criança e adolescente, reconhecendo as histórias, culturas e valores das famílias e o quesito raça/cor como marcador das mesmas. Junto à rede intersetorial e em especial com as escolas, práticas de enfrentamento do racismo podem envolver propor reflexões sobre a discriminação racial, ainda mais tendo em vista a sobreposição do estigma de ser usuário de serviço de saúde mental e a experiência de racismo.

4. O direito ao cuidado singular

O Artigo 25 (Brasil, 2015) garante o direito à saúde. Isso significa que é preciso garantir acesso e produzir cuidado em serviços de saúde mental e de saúde geral, sendo um dispositivo importante dos CAPS na construção do cuidado o PTS. Nos CAPSij, considerando a dimensão racial, a construção do PTS requer do serviço refletir crítica e afetivamente sobre como se constroem projetos de vida de crianças e adolescentes negros, compreendendo como eles imaginam seus futuros. Pode envolver, também, a proposição de ações que apresentem outras histórias, referências e experiências que não da branquitude, criando oportunidades para que todos do serviço possam

vir a reconhecer, sustentar e desejar as diferenças. Considerar as questões de raça e cor na construção dos PTS importa porque as histórias, relações com o corpo e participação social são marcadas pela experiência da raça/cor. Um ponto de partida para isso é incluir o quesito raça/cor nos prontuários e considerá-lo de forma transversal em todo o percurso de cuidado da criança e do adolescente. Junto aos outros serviços do setor de saúde, na linha das ações intersetoriais, é muito importante colocar em discussão o racismo reproduzido na rede de serviços, buscando formas conjuntas de superá-lo. Como a qualidade do cuidado envolve a qualidade das relações, na produção do cuidado um caminho importante é o de os trabalhadores se atentarem à questão da racialização das relações e refletirem sobre em quais bases estas são construídas. Neste sentido, um aspecto central é que não é possível ser indiferente à cor/raça, pois não considerar as questões raciais significa continuar sustentando como referência universal uma cor/raça específica: a branca.

Últimos apontamentos

Seguramente, a busca por colocar em prática ações a partir dos CAPS que, baseadas na agenda de direitos, tenham em conta as questões raciais e se esforcem para ser antirracistas está para muito além das ideias e pistas iniciais que apresentamos aqui. A nossa expectativa é a de trazer elementos para contribuir com as reflexões que vêm sendo produzidas nessa agenda – agenda essa que é pautada, principalmente, pelos trabalhadores negros do campo da saúde mental. Entendemos que é necessário que outros atores tomem parte nessa agenda de

reflexões e práticas, sendo central a necessidade de ampliar a participação das pessoas negras usuárias de serviços de saúde mental. À propósito do que vem sendo construído, compreendemos que uma das proposições mais inovadoras, e que não citamos anteriormente, é a de *aquilombamento* da rede de atenção psicossocial, em uma perspectiva de desinstitucionalizar o racismo (Camargo, 2018; Santos, 2020). Citamos como exemplo aqui para enfatizar que já há um movimento de colocar em debate as questões de raça/cor na saúde mental e, práticas de enfrentamento ao racismo em perspectivas transformadoras estão sendo propostas e produzidas. É importante que desse movimento participem mais pessoas.

Concluindo, essa é uma agenda de construção contínua e permanente e que exige ação prática e mobilização por parte de todos. Exige repensarmos as práticas de modo que a questão sobre raça/cor seja transversal a todas as ações e serviços. Exige também que reinventemos saberes, refletindo sobre a necessidade de ampliar a discussão acerca das relações de poder, incluindo na reflexão sobre o baixo ou nulo poder de contrato social de pessoas com problemas de saúde mental as diferenças de poder das relações raciais. Exige escutar o movimento negro, dialogar com o movimento negro e se articular com o movimento negro.

Entendemos que essas são ações fundamentais, pois é necessário e urgente construirmos práticas antirracistas de modo a fazermos cumprir aquilo que a luta antimanicomial se propõe: lutar contra todas as formas de opressão.

Referências

- Braga CP. A qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis: temas para avaliação e para construção de uma cultura de defesa de direitos [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas; Universidade NOVA de Lisboa; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2016, 143p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Direito é qualidade*: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social. Brasília, Ministério da Saúde, 2015, 101p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017, 44p.
- Camargo ED. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2018.

Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Manifesto do
II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.
Carta de Bauru. 1987.

Santos KYP, Lanari L, organizadores. Saúde mental, relações
raciais e Covid - 19. São Paulo: 2020. 64p.

ESCOLA

UBS

CREAS



V. Território e Territorialidades no cuidado em saúde mental

Antonio Carlos Malachias¹

Caroline Ballan²

No Brasil, 51% da população se autodeclara negra e, embora seja maioria demográfica, o grupo formado pelas pessoas negras apresenta os piores indicadores sociais, além de ocupar no campo e nas cidades as áreas mais desprovidas de equipamentos e serviços públicos e privados. A literatura destaca efeitos nocivos do racismo nas crianças negras frente ao seu desenvolvimento identitário, autoconceito negativo, baixa autoestima e fracasso escolar (Moreira-Primo, França 2020).

A produção teórica sobre o racismo, como determinante social em saúde e como fator fundante de iniquidades étnicas tem crescido consideravelmente em todo mundo (Harris et al., 2012). Nos últimos anos, houve um crescimento do corpo de evidências epidemiológicas que mostram fortes associações entre desigualdades raciais e piores condições de saúde da população negra (Lopes, 2004; Domingues et al., 2013, Araújo et al., 2009; Faro, Pereira, 2011; Kwate, Goodman, 2015). Observa-se,

¹ Antonio Carlos Malachias - Mestre em Geografia Humana. Doutorando do PPGH USP - Programa de Pós Graduação em Geografia Humana.

² Caroline Ballan - Mestre e Doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Trabalhadora do SUS, desde 2006 no campo da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira. Professora convidada e supervisora do Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da FCMSCSP. Pesquisadora no Grupo de Pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental e no Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas, ambos da EEUSP, e no Núcleo de Formação, Ensino e Pesquisa da Associação Vida em Ação.

também, um aumento no interesse de pesquisadores em examinar o impacto da variável raça/cor, para a saúde e bem-estar de crianças e adolescentes, numa sociedade marcada por relações raciais estratificadas promotora de estereótipos, preconceitos e discriminações (Priest et al., 2013).

Barros et al. (2020, no prelo), ao estudar o perfil das crianças e adolescente usuários de um CAPSij, aponta a importância de se entender o território de responsabilidade do CAPS para adequar/construir Projetos Terapêuticos Individuais (PTS) e o Projeto Terapêutico Institucional (PTI), promovendo equidade e qualidade no cuidado em saúde mental. Logo, mais que fazer a territorialização é fundamental que o serviço entenda a complexidade do território em que está inserido.

Para Santos, 2007

O território não é apenas um conjunto de sistemas naturais e de sistema de coisas superpostas. O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O **território usado é o chão mais a identidade**. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (Santos, 2007. p 14).

O território é um produto histórico de processos sociais e políticos que surge das condutas de territorialidades nele inseridas. Condutas, porque territorialidades são manifestações e expressões de uso que preenchem territórios, conferindo-lhe funcionalidade (Little, 2002). Nesta perspectiva para

compreendermos o território nacional brasileiro é preciso contextualizar a colonização e a escravidão como marcas fundantes da nossa história, geográfica inclusive.

Além do uso do território e das manifestações materiais e imateriais de uso, portanto suas territorialidades, outra dinâmica territorial que tem relação com a distribuição espacial das pessoas é a de territorialização. De forma bem direta, definimos territorialização como o agir no território³. A abertura de loteamentos residenciais, por exemplo, se configura em ação para territorialização de moradias pelo Estado ou setor imobiliário. Assim como a instalação de UBS, Escolas, CAPS podem servir de exemplo para outro tipo de territorialização.

Nesse sentido, a ação política é também agente de delimitação territorial, do espaço geográfico, que a partir do uso que lhe for conferido passa a ser habitualmente denominado pela administração pública como território de atuação da gestão pública, ou de atendimento da política, como a área de abrangência nos CAPS. Esses territórios da ação política nem sempre abarcam o território de vida e de vivência das pessoas⁴, ainda que paradoxalmente sejam criados para atendê-las. Isso acontece porque em muitas ocasiões, a ação criadora da política pública se sobrepõe aos territórios de vida e vivência já existentes desconsiderando

³ Associado a dinâmicas de territorialização podemos identificar pelo menos três sujeitos: o Estado e organizações políticas; pessoas residentes; e empresas. Respectivamente esses sujeitos respondem: pelo controle e regulação da política; relações de identidade e de identificação; relações econômicas e trabalho.

⁴ Aqui concebemos território de vida na perspectiva do espaço de vida de Di Méo (apud Koga, 2003), “como aquele onde se desenvolvem práticas cotidianas dos sujeitos em torno do seu local de moradia, trabalho, como também de suas práticas episódicas, como lugares de lazer férias etc.” E território de vivências, como aquele que é “ilimitado, reconstruído mentalmente pelos sujeitos ou representado pelo seu imaginário”.

as dinâmicas de vida e vivência espacial das pessoas. E isso, por vezes, acaba por gerar conflitos, ou ainda a subutilização dos equipamentos e serviços (territorialidade governamental) instalados. A territorialidade governamental na maioria das vezes não segue a lógica da territorialidade da vida e da vivência do grupo de pessoas residentes no território, por desconhecer em muitos casos as identidades e pertencimento do grupo no território destinatário da política.

Nas últimas três décadas vem crescendo as análises sobre a espacialização dos grupos de pessoas por raça/cor com o propósito de verificar se a distribuição espacial das pessoas configura a racialização do espaço geográfico (Martina et al., 2016; Panta 2019).

Vale ressaltar que o uso e apropriação do espaço geográfico pelas pessoas, empresas e instituições públicas e privadas transforma o espaço geográfico em território. Santos (1996) define espaço geográfico como “fato e fator social”⁵, também “como um conjunto indissociável de um sistema de ações e de um sistema de objetos” (idem, 1994). Essas concepções de espaço geográfico permitem pensarmos a distribuição espacial das pessoas considerando as ações de saúde atreladas aos equipamentos disponíveis para realização e efetivação dessas mesmas ações, enquanto política pública e direito à saúde, bem como se dá o acesso e uso dos equipamentos e serviço de saúde pela população.

⁵ Fato social, porque é resultante de processos históricos de uso dele próprio como instância social da vida, portanto, um produto das relações sociais, que se manifesta como realidade objetiva na vida das pessoas podendo conferir vantagens e desvantagens ligadas a localização, infraestrutura, mobilidade, serviços etc. E fator social, porque essa realidade objetiva que passa a configurar é simultaneamente determinante e determinação de condições e situações de vida.

Em revisão sistemática da literatura, Arcaya et al. (2016) apontam o crescimento de pesquisas sobre efeitos do contexto de residência na saúde das populações, com maiores evidências nas áreas de saúde mental e violência. A segregação espacial racializada e o impacto na saúde foi apontada por Krieger et al. (2017), que relatam que esse tipo de estudo amplia o terreno para estudos sobre a localização de causas de doenças e intervenções para melhorar a saúde de base territorial e comunitária.

Diante disso, não podemos perder de vista que territorialidade é sempre uma estratégia, uma solução para quem as cria. E não um constrangimento, empecilho ou dificuldade. Logo, a territorialização de qualquer política precisa considerar as territorialidades, que podem se apresentar na forma de especificidades culturais, demográficas, ambientais, sociais, econômicas e geográficas (físico-territoriais e socioterritoriais) da população destinatária da política pública. Aspectos, nem sempre observados no momento do planejamento e da implementação da política.

A Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Portaria 3.088/2011, define os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, como serviço estratégico, articulador da demanda de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerando as especificidades culturais, demográficas, sociais, ambientais e econômicas do espaço geográfico de responsabilidade, definido como área de abrangência. Cabe ao CAPS alinhar a RAPS com os diferentes equipamentos sociais e de saúde, na busca por recursos e parcerias intersetoriais. Nesse sentido o CAPSij precisa estender sua atuação nas estruturas do território de responsabilidade, aprimorar a organização do processo de trabalho transdisciplinar no

aprofundamento, prático, teórico e político da territorialização do cuidado em saúde mental, na articulação entre as necessidades de saúde das pessoas com os serviços, associações, movimentos sociais, culturais e outros equipamentos públicos e organizações da sociedade civil, viver o território para além dos muros institucionais permitirá ao CAPSij aprimorar suas ações de enfrentamento ao racismo.

Esta questão aponta para a discussão proposta por Saraceno sobre como os serviços de saúde mental podem agir a partir de micro intervenções no território. Para o autor, é necessário que os serviços se atentem para a complexidade da vida das pessoas e agirem considerando isso, esses desafios na saúde mental precisam ser enfrentados para aprimorar as práticas presentes e futuras (Saraceno, 2020).

Ir ao encontro do território é estar atento aos modos de organização, de articulação, de resistência e sobrevivência das pessoas que ocupam o espaço, como são suas casas, trabalhos e rendas, alimentação, rede social de suporte, acesso aos serviços, recursos e direitos. Neste caminho aponta-se a necessidade do CAPSij estar atento ao território para adequar/construir seu Projeto Técnico Institucional (PTI), os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), e para enfrentar e combater o racismo nos processos de cuidar em liberdade das crianças e adolescentes negros.

Em rede, na parceria com as Unidades Básicas de Saúde, reconhecendo a capilaridade e potência desses equipamentos enquanto estruturais no Sistema Único de Saúde, no trabalho compartilhado, construído no plural, gerido no coletivo pelos conselhos gestores, e como recomendam Lima e Yasui “estabelecendo alianças com grupos e movimentos de arte ou

com cooperativas de trabalho, para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de participação social” (Lima, Yasui, 2014).

No que tange às micro intervenções de um CAPSij para produzir ações de enfrentamento ao racismo, se faz necessário incorporar na política de saúde mental do município as diretrizes para que o quesito raça/cor seja um dado analítico nos serviços de saúde mental incorporado ao PTI e aos PTS com a finalidade aprimorar a política e a prática do cuidado em saúde mental para crianças e adolescentes na perspectiva antimani-comial e antirracista.

O trabalho em rede e territorial tem implicações políticas e sociais, o espaço social em que o campo da Saúde Mental opera não é neutro, há aspectos econômicos, políticos, clínicos, morais e coloniais, que oferecem resistência à inserção social de pessoas negras com problemas de saúde mental (Furtado et al., 2016).

Na afirmação e defesa de uma sociedade sem manicômios, e pela compreensão de que o cuidado deve ocorrer onde a vida acontece, é de fundamental importância para o campo psicossocial a ativação e parceria de recursos dos territórios de vida das pessoas, que leva em conta as características populacionais de ocupação e uso, que a RAPS esteja no território físico, social, racial e relacional. A implementação da política de saúde mental antimanicomial na perspectiva racial demandará considerar as especificidades culturais, demográficas, sociais, econômicas, ambientais e geográficas (físico-territoriais e socioterritoriais) da população de responsabilidade.

O uso do espaço geográfico transforma o território em categoria de análise, espaço de exercício de poder, de existência e resistência. É preciso integrar análises de saúde, geográficas, raciais, sociais, econômicas, e propiciar melhorias na qualidade do cuidado em saúde mental no SUS.

Referências

- Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA. A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. *Interface - Comunic, Saude, Educ.* 2009;13(31):383-94. doi: 10.1590/S1414-32832009000400012
- Arcaya MC, Tucker-Seeley RD, Kim R, Schnake-Mahl A, So M, Subramanian SV. Research on neighborhood effects on health in the United States: A systematic review of study characteristics. *Soc Sci Med.* 2016 Nov;168:16-29. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.08.047.
- Barros S, Batista LE, Santos JC, Messias L, Martins LR, Ballan C, et al. Relatório técnico do diálogo deliberativo “O processo de cuidar em saúde mental da criança/ adolescente negro usuário de CAPSi”. São Paulo: EEUSP; 2020.
- Brasil. Portaria n.º GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* Brasília, 26 dez. 2011

- Domingues PML, Nascimento ER, Oliveira JF, Barral FE, Rodrigues QP, Santos CCC, et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto Context Enferm*. 2013;22(2):285-92. doi: 10.1590/S0104-07072013000200003
- Faro A, Pereira ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. *Estudos de Psicologia*. 2011;16(3):271-8.
- Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. *Cad Saude Public*. 2016;32(9):e00059116. doi: 10.1590/0102-311X00059116.
- Harris R, Cormack D, Tobias M, Yeh LC, Talamaivao N, Minster J, et al. The pervasive effects of racism: experiences of racial discrimination in New Zealand over time and associations with multiple health domains. *Soc Sci Med*. 2012;74(3):408-415. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.004
- Kwate NO, Goodman MS. Cross-sectional and longitudinal effects of racism on mental health among residents of black neighborhoods in New York City. *Am J Public Health*. 2015;105(4):711-718. doi: 10.2105/AJPH.2014.302243
- Krieger N, Feldman JM, Waterman PD, Chen JT, Coull BA, Hemenway D. Local Residential Segregation Matters: Stronger Association of Census Tract Compared to Conventional City-Level Measures with Fatal and Non-Fatal Assaults (Total and Firearm Related), Using the Index of Concentration at the Extremes (ICE) for Racial, Economic, and Racialized Economic Segregation, Massachusetts (US), 1995-2010. *J Urban Health*. 2017;94(2):244-258. doi: 10.1007/s11524-016-0116-z.

- Little PE. Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. Brasília: UnB; 2002.
- Lima EMFA, Yasui S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde Debate*. 2014;38(102):593-606. doi: 10.5935/0103-1104.20140055
- Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saude Public*. 2005;21(5):1595-1601. doi: 10.1590/S0102-311X2005000500034
- Martina EA, Schor P, Mandur D. Ordem branca: a racialização do espaço público: reflexões sobre o caso holandês. *Revista TransVersos*. 2016;6(6):125-148. doi: 10.12957/transversos.2016.22082.
- Moreira-Primo US, Franca DX. Efeitos do racismo na trajetória escolar de crianças: uma revisão sistemática. *Debates em Educação*. 2020;12(26):176-98. doi: 10.28998/2175-6600.2020v12n26p176-198
- Panta M. População negra e o direito à cidade no Brasil. *Acervo*. 2019;33(1):79-100. Disponível em: <http://revista.arquivonacional.gov.br/index.php/revistaacervo/article/view/1521>. Acesso em: 21 abr. 2021.
- Saraceno B. Direitos Humanos e a Saúde Mental: estratégias para o avanço das políticas de saúde mental. In: Barros S, Batista LE, Santos JC, (comps). *Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.2016* [online]. Uberlândia: Navegando Publicações, 2019. Transcrição dos Anais do II Encontro de Saúde Mental - Reabilitação Psicossocial: avanços e desafios 15 anos após a Lei

10.216, Uberlândia, MG, 2016. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/kvbw9/pdf/barros-9786581417079.pdf>.

Saraceno B. O futuro da psiquiatria e da saúde mental. *Saúde em debate*. 2020;44(Esp. 3):29-32.

Santos M. *Espaço do Cidadão*. 7a. ed. São Paulo: Editora da USP; 2007.

Santos M. *A natureza do espaço - Técnica e tempo. Razão e emoção*. São Paulo: Hucitec; 1996.



VI. Uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes negros: drogas lícitas e ilícitas

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira¹

Marília Mastrocolla de Almeida Cardoso²

Bruna de Paula Candido³

O lugar da pessoa que faz uso de álcool ou outras drogas

A pessoa que faz uso de álcool ou outras drogas ocupa lugares diferentes em nossa sociedade. Ora reconhecido como problema, um desvio, um doente, único responsável por sua condição; ora, um sujeito em que as garantias de direitos são reconhecidas por meio de políticas públicas específicas que consideram a complexidade e as determinações sociais presentes neste fenômeno.

¹ Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira - Enfermeira. Professora Sênior Livre-Docente 3 do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Visitante do Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria.

² Marília Mastrocolla de Almeida Cardoso - Terapeuta Ocupacional. Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGEE). Auxiliar de Pesquisa do Departamento de Gestão de Atividade Acadêmica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Orientadora de Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

³ Bruna de Paula Candido - Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE).

A busca por um lugar de direitos para essas pessoas possibilitou a criação de diretrizes com o objetivo de nortear o modelo de cuidado tanto na área da saúde como para as demais políticas sociais. Em destaque a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Saúde das/os Usuárias/os de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003) e a Portaria n.º 3.088, do Ministério da Saúde, de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Outro importante princípio norteador da prática é a Política de Redução de Danos “que compreende o consumo de drogas como um fenômeno histórico e cultural, presente em todas as sociedades, preocupando-se não com a erradicação das drogas, mas com a redução dos males que determinadas substâncias podem ocasionar quando consumidas sob a perspectiva do abuso” (Ribeiro, Nascimento, 2020, p. 3). Nesta perspectiva, surge uma nova reorganização da rede de serviços na área por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) (Brasil, 2005), equipamentos que atuam no território e que consideram os aspectos subjetivos no processo de cuidado.

No entanto, embora haja serviços e diretrizes específicas para acolher essa população, o fato desse fenômeno envolver vários fatores determinantes, em especial os econômicos e sociais, faz com que as estratégias de cuidado sejam diferenciadas conforme o usuário, no que se refere, sobretudo em relação à sua origem (segmento da sociedade), condição de maior ou menor vulnerabilidade e origem racial e étnica (Ribeiro, Nascimento, 2020). Os autores apresentam diversos estudos que apontam essa diferenciação em que, pobres e pretos representam a

maioria da população encarcerada por porte e tráfico de drogas, como também, aquela que mais morre no país como justificativa de confrontos policiais contra o crime organizado.

No campo da bioética, há um entendimento de que assuntos relacionados ao racismo e o cuidado em saúde estão diretamente associados com o passado escravagista do Brasil e o modelo organizacional hierarquizado da sociedade, que definiu grupos sociais pela cor da pele, cultura ou origem étnica. Essa condição se agrava quando o cenário é ser negro e usuário de drogas, sobretudo as ilegais, significando que os processos de cuidado para essa população acabam sendo, muitas vezes, discriminatórios e negligentes (Ribeiro, Nascimento, 2019).

Um estudo realizado por Ribeiro e Nascimento (2019) analisou como o racismo institucional pode afetar tanto a saúde física, como a psíquica das pessoas e, o quanto essa influência pode interferir na forma que os indivíduos se relacionam com as drogas. Para os autores, é necessário compreender que o aspecto racial permeia as intervenções em saúde destinada à população negra, o que inclui a atual política de álcool e outras drogas (Ribeiro, Nascimento, 2019).

O atual Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, que apresenta uma nova Política Nacional sobre Drogas, não resulta em um avanço significativo na área para esta questão e outras mais. Pelo contrário, retoma conceitos anteriores que já tinham sido superados. Na nova proposta, a abstinência é defendida como objetivo final obrigatório, abolindo a proposta de redução de danos. Não avança com relação à discussão sobre o racismo institucional e a relação com o uso de drogas, limitando-se à uma visão “multifacetada”, como

nomeada no texto, das causas do uso, do uso indevido e da dependência das drogas lícitas e ilícitas.

Faz referência à necessidade de serem desenvolvidas, adaptadas e implementadas diversas modalidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, mútua ajuda e reinserção social de acordo com as características específicas dos diferentes grupos, incluídos crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, homens, população LGBTI, gestantes, idosos, moradores de rua, pessoas em situação de risco social, portadores de comorbidades, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas. Embora a Política faça menção à rede de atenção, incluído os Centros de Atenção Psicossocial, em vários trechos do texto, propõe-se um investimento na internação em comunidades terapêuticas.

O lugar da criança negra e usuária de substâncias psicoativas

No campo da Educação, Freitas (2016) pergunta: “Qual o (não) lugar da criança negra na sociedade brasileira?” Justifica o (não), com base nas seguintes observações: 1) Que o entendimento da infância tem como base uma produção histórico-social, construída pela diversidade e desigualdade presentes na posição social, nas relações de gênero, etnia/raça, dentre outros fatores que caracterizam essa faixa-etária; 2) O imaginário sobre “ser negro” na sociedade brasileira foi construído a partir da ideia de raça e inferioridade (Munanga, 2015).

Como reflexo disso, a autora acima citada sugere a discussão da importância da inclusão nos programas educacionais,

em especial, desde a primeira infância, do tema da diversidade e da construção histórico-social da população negra, como uma estratégia para criar este lugar da criança negra (Freitas, 2015).

E no campo da saúde, como este lugar está sendo ocupado por essas crianças?

No ano de 2009, por meio da Portaria n.º 992, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso pela promoção da equidade racial na saúde. Ao instituir a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), reconhece o racismo, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde. Sendo a população negra a que mais acessa o SUS, representando aproximadamente 70% dos usuários (Brasil, 2017).

A desigualdade segue quando é analisada a violência na população negra. O número de vítimas de homicídio à população negra subiu 20,2%, enquanto a de brancos caiu 22,3% (Batista et al., 2012). Além disso, a taxa de mortalidade por suicídio entre adolescentes e jovens negros aumentou 12% no período entre 2012 e 2016, para a mesma faixa etária nos adolescentes e jovens brancos permaneceu a mesma (Brasil, 2018).

Crianças e adolescentes negros, desprovidos de prestígio e dispositivos familiares e comunitários, nos quais possam se espelhar de forma positiva podem ver no mundo das drogas, do narcotráfico e nas gangues possibilidade de autoafirmação. Esse comportamento, manifestado pela busca de poder, controle e dominação, é escolhido muitas vezes como forma de conseguir voz e representação, tirando-lhes da invisibilidade social que se sentem expostos, preenchendo um vazio de uma crise

de identidade pessoal e racial que pode orientá-los a uma forma violenta de ser e fazer-se reconhecido, (Oliveira, Ribeiro, 2018).

Neste sentido, as pessoas que não possuem dignamente o acesso à educação e aos serviços básicos, à moradia e remuneração, se mostram mais expostas às situações de vulnerabilidade. Como resultado, observa-se uma diferença nos indicadores de depressão e tabagismo, que indicam o quanto é necessário adaptar políticas para este público mais exposto (Brasil, 2017).

No entanto, como resultado de uma política baseada no medo e no pânico geral para combater esta “guerra”, tem-se a violência policial, encarceramento em massa, genocídio da população negra, prisões por porte e tráfico de drogas, explicitando o racismo institucional e, nos levando a refletir sobre como algumas políticas públicas ainda se pautam em ideais higienistas de limpeza urbana e social (Ribeiro, Nascimento, 2020).

Destaca-se ainda que muitas dessas propostas indicam um cuidado centrado na abstinência e na prescrição de comportamentos, como também defendida no atual Decreto n.º 9.761/2019, que aprovou na nova Política Nacional sobre Drogas, contrariamente ao que foi proposto na política pública de 2003 até 2016, destinadas ao cuidados das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, que preconizava a articulação do cuidado em rede e a proposta da Redução de Danos (RD) que coloca o indivíduo como protagonista de seu projeto terapêutico (Tristão, 2018).

Autores que desenvolvem pesquisas e atuam no campo antiproibicionista, constataam o aumento do número de mortes entre pessoas jovens e negras, justificado com base no

combate ao crime organizado nas comunidades pobres do Brasil e no aumento do encarceramento por delitos relacionados às drogas. As ações propostas são justificadas com base no paradigma da guerra às drogas, que “corroboram e acentuam vulnerabilidades e violações pré-existentes relacionadas às condições de raça, gênero, geração e classe no Brasil” (Oliveira e Ribeiro, 2018).

De modo geral, as pesquisas apontam que o consumo de drogas lícitas sobrepõe o consumo de drogas ilícitas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras. Para drogas lícitas consumidas pelos estudantes: 25% fizeram uso de álcool e 3,4% de tabaco; enquanto às drogas ilícitas, estudantes que fizeram uso de alguma substância, 3,4% fizeram uso de maconha e 1,6% de cocaína (Tristão, 2018).

O lugar do CAPSij no acolhimento das crianças e jovens negros que fazem uso de álcool ou outras drogas

O papel do CAPSij, como um dos possíveis lugares de cuidado de crianças e jovens em uso de SPA, ganhou destaque na VIII reunião ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental de crianças e adolescentes em 2009. Dentre os temas abordados e relacionados com o uso de SPA, foram debatidos os temas sobre a vulnerabilidade dessa população e a importância de considerar os aspectos econômicos e socioculturais no cuidado. Como orientação para o cuidado, o VIII Fórum indicou propostas singulares, despatologizando o uso de drogas, investimento

no trabalho em redes intersetoriais e a política da redução de danos (Tristão, 2018).

No entanto, mesmo o CAPSij sendo um local de cuidado para crianças e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas, pesquisas apontam que nem sempre os jovens negros que são transferidos para os cuidados do serviço têm o uso de substâncias psicoativas como sua principal queixa, mas sim, o contexto social de pobreza e violência sexual. O Estado criminaliza esses adolescentes com necessidades de uso, ao considerá-los perigosos para a sociedade e merecedores de um cuidado centrado na ideia de periculosidade e segregação (Tristão, 2018). O Estado reforça o estigma da criança/adolescente negra marginalizada e criminosa.

Tristão (2018) realizou um estudo que investigou o lugar da criança e do adolescente em uso de álcool e outras drogas nas estratégias de cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil, em especial no CAPSij. Dentre os achados, a pesquisadora destaca que todos os adolescentes entrevistados eram negros e pobres e expressaram sentimentos de marginalização vivenciados, sobretudo, fora do ambiente de cuidado, o que coloca como questão se essas vivências de marginalização estão associadas exclusivamente com o uso de drogas ou como algo associado também a como a raça, a etnia e classe social são percebidas pela sociedade. Para a autora, “tais situações apontam para um racismo institucional, presente ainda na rede de serviços que deveria cuidar de crianças e adolescentes em uso de álcool e outras drogas de forma integral, mas que os enquadram, como negro e pobre, no perfil de ‘marginal’ que precisa de ‘cuidado’ sob medidas socioeducativas” (Tristão, 2018, p. 230).

Para o cuidado destas crianças e adolescentes negras no CAPSi, propõe-se, para além da coleta do quesito raça/cor nos serviços de saúde mental, introduzir discussões pautadas na afirmação da negritude, trabalhar este quesito ao longo do cuidado e aproximar a gestão destas pautas. Destaca-se a realização de uma rede com o território com atores e locais que já abordam tal temática, em destaque para a rede de atenção básica (principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde) e a escola (local onde os jovens permanecem durante longo período da vida) (Barros et al., 2020).

Concluindo, a criança que faz uso de álcool e outras drogas ainda não possui lugar de cuidado, pois raramente sua chegada aos serviços de saúde (CAPSi e UBS) é espontânea. Diante do exposto Tristão (2018) propõe ações tais como:

- Aprimorar o acolhimento como estratégia principal, por ser uma das mais importantes ações de cuidado direcionadas ao público infantojuvenil em uso de substâncias psicoativas;
- Ampliar estratégias de cuidado;
- Investir nas atividades em grupo de vivência (recursos lúdicos e passeios) que fortalecem as relações com o “social”, o grupo como um componente de identificação alternativo ao grupo da droga e/ou do tráfico);
- Abordar o tema uso de drogas com os adolescentes, pelo caminho do uso com responsabilidade (redução de danos), o usuário como personagem principal no próprio cuidado, de maneira a construir autonomia, oportunizando a escolha por um tratamento quanto

ao uso de álcool e outras drogas, que pode envolver tanto a redução de danos como abstinência, conforme o próprio desejo;

- Apresentar outras possibilidades de ser e estar no mundo de maneira segura e que lhe seja interessante e atrativo;
- Não apresentar um protocolo inflexível de ações e posturas, visto que cada indivíduo é único, apesar das dificuldades e características compartilhadas.

Referências

Barros S, Batista LE, Santos JC, Messias L, Martins LR, Ballan C, et al. Relatório técnico do diálogo deliberativo “O processo de cuidar em saúde mental da criança/ adolescente negro usuário de CAPSij”. São Paulo: EEUSP; 2020.

Batista L, Werneck J, Lopes F, Müller T, organizadores. Saúde da população negra. 2ª ed. Brasília: ABPN: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.

Brasil. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 abr. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 23 mar. 2021.

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

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e Controle Social. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade - Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- Brites C. O estigma do uso de drogas. 2º caderno In: Diniz TMRG, Neves D, Santos JS, Medeiros MBM, Matos MC, Tomazelli A. Série Assistente Social no Combate ao Preconceito. Brasília: Conselho Federal de Assistência Social; 2016.
- Freitas LTM. Qual o lugar da criança negra na sociedade brasileira? ScientiaTec: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IFRS. 2016;3(2):39-52.
- Munanga K. Por que usar a história da África e do negro no Brasil de hoje? Revista do Instituto de Estudos Brasileiros. 2015;(62):20-31. doi: 10.11606/issn.2316-901X.voi62p20-31
- Oliveira N, Ribeiro E. O massacre negro brasileiro na guerra às drogas. Sur 28. 2018;15(28):35-43.
- Ribeiro AL, Nascimento WF. Racismo institucional e os usos de álcool e outras drogas: uma reflexão bioética. Revista Brasileira de Bioética. 2019;14. doi: 10.26512/rbb.v14i2sup.24099
- Ribeiro CT, Nascimento ZA. Racismo, violência e a questão das drogas no Brasil: faces da segregação. Revista Subjetividades. 2020;20(Esp 2):e8975, 2020. doi: 10.5020/23590777.rs.v20iEsp2.e8975
- Tristão KG. O CAPSij como lugar de cuidado para crianças e adolescentes em uso de substâncias psicoativas [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2018.



VII. Medicalização na infância e adolescência: questões para a RAPS e notas sobre o tema “raça/cor”

Rossano Cabral Lima¹

O tema da medicalização tem se destacado no campo da saúde mental de crianças e adolescentes, especialmente em suas intersecções com a educação. Por medicalização se entende o processo no qual fenômenos sociais, subjetivos ou comportamentais passam a ser descritos em termos biomédicos, frequentemente como patologias ou transtornos, autorizando intervenções especializadas (Conrad, 2007; Zorzanelli, Ortega, Bezerra, 2014). Esse processo é fruto da agência de vários atores e instituições – médicos e outros profissionais de saúde, escolas, associações de familiares, indústria farmacêutica e setores do Estado -, interagindo em distintos níveis, com convergências e divergências entre eles. As pressões por medicalização nem sempre vêm “de cima para baixo”, mas também se originam de pais, professores ou mesmo dos próprios sujeitos implicados.

O campo da infância, por algum tempo, parecia resistente a esse fenômeno. Em diversos países, incluindo o Brasil, até os anos 1980, a presença de leituras psicológicas ou psicanalíticas sobre diversos mal-estares a atingir as crianças e suas

¹ Rossano Cabral Lima - Psiquiatra de crianças e adolescentes, Mestre e Doutor em Saúde Coletiva (IMS/UERJ), Professor Associado e Vice-Diretor do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da UERJ, Secretário Nacional da WAPR-Brasil.

famílias desafiava a penetração de concepções mais biomédicas. Mas essa resistência, mesmo àquela altura, era ilusória. Em primeiro lugar, porque algumas situações já haviam sido levadas, ao menos parcialmente, para a zona de abrangência da psiquiatria, como a “delinquência juvenil” – depois reescrita como “transtorno de conduta” – e os problemas escolares reunidos sob o diagnóstico de “disfunção cerebral mínima” (Lima, 2019). Em segundo lugar porque, se a medicalização se baseia na localização da fonte dos problemas no indivíduo (nesse caso, a criança), ela foi antecedida e auxiliada nessa tarefa por certa “psicologização” ou “psicanalização” das dificuldades infantis. E em terceiro lugar, pelo estatuto especial reservado às crianças em nossa cultura. Consideradas imaturas, inocentes, dependentes e não responsáveis pelos seus atos, seus comportamentos desviantes são descritos e classificados pelos adultos e suas instituições, e pouca voz é dada às próprias crianças. Desse modo, elas podem ser consideradas uma “população de risco” para a medicalização (Conrad, Schneider, 1992).

Como resultado, a intensidade atual da medicalização/psiquiatrização na infância é igual ou mesmo superior à do mundo dos adultos. O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), o Transtorno de Oposição Desafiante (TOD) e os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA), ao lado do diagnóstico de Transtorno Bipolar na infância, são as principais categorias psiquiátricas que, a partir dos anos 1990, se disseminaram com uma rapidez impressionante. Elas representam não apenas uma ampliação do número de quadros diagnosticáveis, mas também um avanço da psiquiatria infantil em direção a situações que, até há pouco tempo e em suas versões mais “leves”, ainda pertenciam ao registro da “normalidade” ou da “neurose”.

Para lidar com a questão de modo adequado, e evitar a excessiva generalização do uso do conceito, é necessário mapear os cenários locais da medicalização, que são atravessados por diversos marcadores sociais de diferença, como os ligados à classe social, gênero, idade e raça/cor da pele, além do local de moradia e do maior ou menor acesso aos serviços da RAPS. A medicalização, portanto, pode incidir de modos distintos em meninos e em meninas; em crianças e em adolescentes; em crianças negras e crianças brancas; nas escolas públicas e nos colégios particulares; nas famílias de classe média e na classe trabalhadora; no SUS e em serviços de saúde privados ou conveniados. Mesmo no interior da RAPS pode haver diferenças de intensidade e amplitude da medicalização entre a atenção primária, os CAPSi e outros equipamentos. As demandas associadas ao processo também podem ser variadas - algumas vezes, estão mais ligadas ao desempenho escolar, em outras, ao controle de comportamentos disruptivos (Lima, 2019). Um dos principais termômetros do processo de medicalização é o recurso aos psicofármacos - os quais têm seu lugar no projeto terapêutico singular, mas que frequentemente assumem o primeiro plano do tratamento, resultando em menor utilização de estratégias psicossociais no processo de cuidado, além de expor as crianças a efeitos adversos expressivos.

Pode-se afirmar que foi apenas na década passada que a medicalização começou a ser tratada como tema relevante no campo das políticas públicas de saúde mental no Brasil. O relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersetorial, em 2010, incluiu como tarefa “Enfrentar a prescrição indiscriminada de psicofármacos para crianças e adolescentes, através de ampla discussão sobre os riscos de medicalização

dessa população” (Brasil, 2010, p. 96). Na esfera das gestões locais, destacam-se a Portaria n.º 986/2014, da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, que instituiu o Protocolo de uso de metilfenidato no âmbito do SUS naquela cidade, e o Protocolo para uso e dispensação do metilfenidato da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, ambos inspirados em documento similar da Secretaria de Saúde de Campinas – SP, de 2013 (Lima, 2019). Na gestão federal, as “Recomendações do Ministério da Saúde para adoção de práticas não medicalizantes e para publicação de protocolos municipais e estaduais de dispensação de metilfenidato para prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes”, de 2015, visavam fomentar iniciativas semelhantes nas diversas regiões do país.

O tema passou a ser igualmente abordado na esfera das instâncias de controle social. O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Recomendação n.º 19/2015, propõe aos gestores a “promoção de práticas não medicalizantes por profissionais e serviços de saúde, bem como recomenda a publicação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para prescrição de metilfenidato, de modo a prevenir a excessiva medicalização de crianças e adolescentes” (Brasil, 2015b). O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, por sua vez, publicou a Resolução n.º 177/2015, que “dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização, em especial no que concerne às questões de aprendizagem, comportamento e disciplina” (Brasil, 2015a).

Como é possível perceber, boa parte das preocupações diz respeito à disseminação do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), associado ao uso

de psicoestimulantes, especialmente o metilfenidato (Ritalina, Ritalina LA ou Concerta). Embora psiquiatras brasileiros venham defendendo que o TDAH é “subtratado” no país (Matos, Rohde, Polanczyk, 2012), o movimento antimedicalização vem denunciando o uso do diagnóstico e da medicação como estratégia de controle e de apropriação psiquiátrica de questões escolares.

No caso dos CAPSi, estudos têm apontado o uso de medicamentos psiquiátricos pela maioria das crianças e adolescentes em tratamento, sendo frequente a polifarmácia, ou seja, a prescrição de mais de um psicofármaco por usuário (Arrué et al., 2013; Nascimento et al., 2014; Maciel et al., 2013). Dados da SES-RJ mostram, contudo, que o metilfenidato está longe de ser o fármaco mais prescrito nestes serviços, posto ocupado pela risperidona, seguida pela carbamazepina, ácido valpróico, haloperidol e fluoxetina (Santos, Grenha, 2014). A distribuição do uso de psicofármacos por grupo étnico/racial ainda é pouco ou nada conhecida nesse contexto.

A relação entre transtornos mentais e fatores étnicos e raciais é, além de complexa e multideterminada, sujeita a distintas interpretações, que podem misturar ciência, ideologia e racismo estrutural. O principal exemplo é a “racialização” da esquizofrenia, que na Inglaterra e EUA passou a ser diagnosticada com mais frequência em pessoas negras do que nas brancas, a partir dos anos 1980. Após a hipótese etiológica inicial, que envolveria um vírus levado para a Inglaterra por imigrantes negros, ter sido desacreditada, muitos apontaram que a experiência de desvalorização social e o baixo nível econômico seriam os fatores de risco que explicariam a diferença

diagnóstica. Por outro lado, na população afro-americana dos EUA, a prevalência de quadros depressivos e ansiosos seria menor do que na população branca², embora entre os negros esses quadros tendessem a maior cronicidade (Fernando, 2017; Kohn, Wintrob, Alarcón, 2017). Esse perfil psicopatológico – psicose nos negros, neurose nos brancos³ – é assustadoramente próximo dos estereótipos a respeito de grupos étnicos minoritários, preconceitos que foram incorporados pela psiquiatria em diversos momentos de sua história.

Na faixa etária infantojuvenil, contudo, a relação entre psicopatologia e aspectos raciais e étnicos é ainda mais obscura. No caso do autismo, há estudos norte-americanos apontando para menores taxas em crianças negras do que em crianças brancas, mas parte desse efeito é atribuído a diferenças no acesso a serviços de saúde, entre outros fatores (Hill, Zimmerman, Fombonne, 2014). No caso do TDAH, embora o DSM-5 afirme que as taxas de identificação em populações afro-americanas tendem a ser menores do que para populações brancas, uma revisão sistemática recente apontou exatamente o oposto (APA, 2014; Cénat et al., 2021). As diferenças na prevalência

² Os fatores protetivos aos quadros depressivos e ansiosos na população negra poderiam envolver a maior coesão, sentimento de pertencimento e participação comunitária existentes entre grupos minoritários, e teriam início na infância (Kohn, Wintrob, Alarcón, 2017). Chandra e Billups-Bradley (2019), por sua vez, sustentam que a menor detecção de depressão em mulheres afro-americanas seria consequência de menor confiança e procura por serviços de saúde. No caso do Brasil, estudo de Barroso, Melo e Guimarães em população quilombola, publicado em 2014 (*apud* Rocha, Torrenté, Coelho, 2021), apontou prevalência de episódios depressivos semelhante à da população geral.

³ À semelhança do observado por McKenzie e Bhui, em artigo de 2007 (*apud* Rocha, Torrenté, Coelho, 2021) de que há tendência de menor oferta de psicoterapia para negros e outros grupos étnicos minoritários, e maior propensão à oferta de psicofármacos e de tratamentos coercivos.

entre grupos de distintas origens étnicas foram associadas principalmente a barreiras na busca por cuidado (Faraone et al., 2015) e a viés metodológico, como instrumentos de coleta de informações culturalmente inadequados. Os transtornos de conduta talvez sejam o principal exemplo dos riscos de medicalização de problemas sociais e de incorporação do racismo institucional pela psiquiatria de crianças e adolescentes, dado que seu diagnóstico aumenta em razão inversa ao nível socioeconômico, sendo mais identificado em jovens moradores de áreas urbanas pobres e em afrodescendentes (Scott, 2017).

Portanto, é preciso reconhecer, de um lado, o peso do racismo como um dos determinantes sociais do processo de saúde e doença, produzindo diversas formas de mal-estar emocional; de outro lado, a possibilidade de que formas de sofrimento social sejam reduzidas a transtornos mentais, individualizando e despolitizando problemas mais abrangentes e produzindo estigma, indicando a presença da medicalização. Se a criança é uma das populações vulneráveis a esse processo, a criança negra pode corresponder a um grupo ainda mais suscetível. Dar maior valor ao preenchimento do quesito “raça/cor” pelos serviços pode ajudar a identificar a presença de viés racial nos processos de medicalização na RAPS, com impactos na esfera da pesquisa, das políticas públicas e dos encontros clínicos nos serviços. Desta forma, o tema da medicalização na população infantojuvenil, inclusive em seus aspectos étnicos, precisa ser enfrentado pela RAPS, seus gestores e os trabalhadores dos CAPSij, para os quais convergem demandas que misturam, em doses variadas, psicopatologia individual, adversidades sociais e expectativas de adaptação, submissão e obediência.

Referências

- American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Arrué AM, Neves ET, Terra MG, de Souza Magnago TS, Jantsch LB, Pieszak GM, et al. Crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde em centro de atenção psicossocial. Rev Enferm UFSM. 2013 Oct 7;3(2):227-37. doi: 0.5902/217976927827
- Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Resolução Nº 177, de 11 de dezembro de 2015. Dispõe sobre o direito da criança e do adolescente de não serem submetidos à excessiva medicalização. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 dez. 2015a. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/232006-direito-da-crianua-e-do-adolescente-de-nuo-serem-submetidos-u-excessiva-medicalizauuo-dis-pue-sobre-o-direito-da-crianua-e-do-adolescente-de-nuo-serem-submetidos-u-excessiva-medi.html>. Acesso em 13 mar. 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação Nº 19, de 08 de outubro de 2015b. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2015/Reco019.pdf>. Acesso em 13 mar. 2021
- Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho

a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010, 210 p.

Cénat JM, Blais-Rochette C, Morse C, Vandette MP, Noorishad PG, Kogan C, et al. Prevalence and Risk Factors Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among US Black Individuals: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(1):21-28. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.2788

Chandra P, Billups-Bradley D. Working with African-American Families in the Perinatal Period and Early Childhood. In: Maldonado-Duran JM, Jiménez-Gómez A, Maldonado-Morales MX, Lecannelier F, editors. *Clinical Handbook of Transcultural Infant Mental Health*. Springer; 2019. p. 69-78.

Conrad P, Schneider J. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press; 1992.

Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.

Costa ND, Silva PR. A atenção em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22:1467-78. doi: 10.1590/1413-81232017225.33562016

Faraone S, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15020. doi: 10.1038/nrdp.2015.20

Hill AP, Zuckerman KE, Fombonne E. Epidemiology of autism

- spectrum disorders. In: Volkmar FR, Paul R, Rogers SJ, Pelphrey KA. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 4th ed. John Wiley & Sons; 2014.
- Kohn R, Wintroob RM, Alarcón RD. Transcultural Psychiatry In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. 10th ed. Wolters Kluwer; 2017.
- Lima RC. De volta ao TDAH: 15 anos depois. In: Surjus LTLS, Moysés MAA, organizadores. Saúde mental infantojuvenil: Territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/Abrasme; 2019, p. 115-29.
- Maciel AP, Gondim AP, Monteiro MP, Meirelles HA. Avaliação do uso de psicofármacos em crianças nos serviços de saúde mental em Fortaleza-Ceará. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. 2013;4(4):18-22.
- Mattos P, Rohde LA. Polanczyk GV. O TDAH é subtratado no Brasil. Rev Bras Psiquiatr. 2012;34:513-516. doi: 10.1016/j.rbp.2012.04.002
- Nascimento YCML, Rosa LS, Souza JC, Vêras YAR, Brêda MZ, Trindade RFC. Perfil de Crianças e adolescentes acompanhados por um centro de atenção psicossocial infanto-juvenil. Rev Enferm UFPE on line. 2014 May 1;8(5). doi: 10.5205/reuol.5863-50531-1-ED.0805201421
- Rocha RVS, Torrenté MN, Coelho MTAD. Saúde mental e racismo à brasileira: narrativas de trabalhadoras e trabalhadores da atenção psicossocial. Salvador: Devires; 2021.
- Santos K, Grenha T. IX Encontro dos CAPSi e de articulação da Rede de Atenção Psicossocial infanto – juvenil do Estado do Rio de Janeiro. Fórum Interinstitucional de Saúde Mental

da Infância e Adolescência do Estado do Rio de Janeiro.
Novembro de 2014 (Apresentação em PowerPoint).

Scott S. Oppositional and conduct disorders. In Thapar A, Pine D, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA, editors. Rutter's child and adolescent psychiatry. John Wiley & Sons; 2017.

Suman F. Institutional racism in psychiatry and clinical psychology. Palgrave Macmillan; 2017.

Zorzanelli RT, Ortega F, Bezerra Jr. B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Cienc Saude Colet. 2014;19(6):1859-68. doi: 10.1590/1413-81232014196.03612013



VIII. Desafios das equipes para acolher crianças e adolescentes negros em CAPSij: relato de uma experiência de pesquisa

Emiliano Camargo David¹

Neste texto aponto alguns dos possíveis desafios das equipes para acolher crianças e adolescentes negros(as) de/em CAPSij. A implicação do 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”.

Conforme apontado, pretendo neste breve texto dar visibilidade e voz para o tema presente, o desafio das equipes de CAPSij em acolher crianças negras/os, com muitas possibilidades de aprofundamento e desdobramento por parte da própria equipe. Esta narrativa de fragmentos do percurso, na

¹ Emiliano Camargo David - Psicólogo, doutorando e mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Bolsista CNPQ e professor do Instituto SEDES Sapientiae (Curso de Especialização “Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica: Clínica e Política na Transformação das Práticas”). Integrante do Núcleo de Pesquisa em Lógicas Institucionais e Coletivas (NUPLIC - PUC/SP), do Instituto AMMA Psique e Negritude e do GT Racismo e Saúde, da ABRASCO. É membro do Departamento de Formação em Psicanálise do Instituto SEDES Sapientiae.

realização de um estudo², traz também elementos indicativos que o campo da saúde mental e da reforma psiquiátrica brasileira devem comprometer-se com às dimensões étnico-raciais, pois no dia a dia dos equipamentos, a população negra continua carente de cuidados que levem em conta as extensões do racismo, como fenômeno psicossocial que afeta as relações, interferindo nas dinâmicas de vida, dentro e fora dos serviços de saúde.

Equipe de CAPSij em processos de tomada de consciência racial

É chegado o primeiro contato com o CAPSij como pesquisador. Fui até a sala do gerente, onde pude apresentar o projeto. Desde o início, o gerente demonstrou interesse e rápida aceitação, questionou se eu iria perguntar para os entrevistados a raça/cor 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 oficinaira (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 fiz! Abaixo lembranças dessa reunião:

No encontro com a equipe, surgiram manifestações

² Trechos deste texto se baseiam na minha dissertação de mestrado em psicologia social (David, 2018).

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 colonialidade³ 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

³ A colonialidade é um dos elementos do eurocêntrismo, 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).

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 das instituições reconhecerem esses mecanismos e se autoexaminarem como (re) produtoras de racismo”.

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 oficina 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”.

De modo geral, dentro desse cenário participativo de pesquisa, com visitas variáveis ao CAPSi, participando de reuniões, lendo prontuários, dialogando com a equipe e realizando observação participante⁴, permitiu identificar alguns desafios de acolhimento, não apenas de crianças e adolescente

⁴ “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.” (Queiroz et al., 2007, p. 278).

negro(as) no CAPSij, mas da própria temática étnico-racial no serviço.

Nessa esteira, foram lidos 153 prontuários, com ênfase na Ficha de Identificação, na qual constam os quesitos cor, idade, sexo, Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência e diagnóstico, o que permitiu ter um panorama sociodemográfico dos usuários atendidos no CAPSij pesquisado. 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 Contrarreferência,⁵ 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.

Aqui uma observação se faz necessária, conforme elaborou Neusa Santos Souza (1983), a experiência de ser negro em uma sociedade branca exige um discurso sobre si. Esse discurso pode sofrer transformações ao longo da vida, afinal, para a autora, as pessoas **tornam-se 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

⁵ 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. (Alves et al., 2015, p.470).

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.

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

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*⁶.

A segunda cena ocorreu quando chegou um menino para o acolhimento. Ele estava acompanhado de sua mãe, e a Auxiliar Técnica Administrativa - 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

⁶ 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 acalantar, 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.).

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, permitindo que as equipes de saúde/saúde mental tomem o Quesito Raça/Cor como, analítico. A reação da criança perante a pergunta, se percebida, poderia ser rico material na continuidade do acolhimento.⁷

Destaco aqui, outra cena: 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”. Agradei 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

⁷ “A PNH (Política Nacional de Humanização – 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” (Falk et al., 2010, p. 5).

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”.

Os relatos acima, sustentam que o racismo, enquanto relação de poder e sustentação de privilégios, produz subjetividades e, a dinâmica de humilhação social costumeiramente gerada nessas relações podem promover sofrimento psíquico, afetando (inclusive) crianças e adolescentes negros.

As(os) profissionais vão se afetando pela temática, as demonstrações de envolvimento afetivo são distintas, 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”. Um equipamento de saúde/saúde mental como o CAPS deve tomar a dimensão

racial em perspectiva antimanicomial, sendo assim, a não psicopatologização daquele que sofre racismo e também, daqueles que exercem o racismo é tarefa dessas equipes/serviços.

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

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 houve dados cadastrados.

Esses dados analisados revelam e destacam 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.

Considerações Finais – Alguns desafios para as equipes de CAPSi

Sabe-se que 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 CAPSi vem desenvolvendo práticas de cuidado que visam a garantia de direitos das crianças e dos adolescentes no seu território de cobertura, desde sua criação, na perspectiva da desinstitucionalização. Esses equipamentos apostam na clínica antimanicomial, propondo maneiras de cuidado pouco ortodoxas, que exigem criatividade e compromisso ético libertário. Assim, trazem em seus Projetos Técnicos Institucionais (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.

Porém, o racismo precisa ser compreendido como uma instituição de caráter manicomial, 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. Afinal, Santos (2018, p.247) afirma que o Estado determina quais são “os que devem ter saúde mental, e os que podem viver atormentados em seu sofrimento produzido pelas condições sociais” e acrescenta que “é o Estado racista também determina sob quais condições tratamos da saúde mental da população brasileira, que tipo de investimento, **com quais psicologias e quais abordagens**” (grifo nosso). Para intervir nessa realidade, se faz necessário compreender o que as cenas anteriormente relatadas apontam. Em nossa compreensão é possível extrair dessas cenas as seguintes demandas⁸ para as equipes de CAPSij:

- Racialização dos(as) integrantes que compõe as equipes;
- Contratação/montagem de equipe com diversidade racial e de gênero, nas distintas profissões e cargos/funções;
- Coleta e atualização do quesito raça/cor. Além, da tomada desse quesito numa perspectiva analítica (clínica);
- Aquisição e permanência de acesso, aos materiais de terapêuticos/de trabalho que contemplem a diversidade racial (bonecas, giz de cera, músicas, clips, cartazes, etc.);
- Formação continuada para a equipe sobre a temática étnico-racial.

⁸ Ver mais em: David EC, Vicentin MCG. Relações raciais, uma questão antirracista. Revista da ABPN. 2020;12(Esp.):108-137. doi: 10.31418/2177-2770.2020.v12.c3.p108-137

A experiência de pesquisa relatada, permitiu acesso à vivências antimanicomiais em perspectiva antirracista, originando modificações nos/nas atores/atrizes envolvidos no processo. Por isso, para que um cuidado em saúde mental infantojuvenil antirracista se dê, é necessário a tomada da questão racial, como uma tarefa relacional, onde todas(os) as(os) trabalhadoras(es) acolherão a temática pois, essa é uma questão de todos(as), não apenas de negros(as).

Referências

- Alves MLF, Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. 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;25(4):469-475. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1859>. Acesso em: 3 jul. 2017.
- Bonecafro - Arte Negra. Boneca abayomi. Casa da Mulher - Associação de atendimento, estudo e pesquisa. Ribeirão Preto: s/d.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2013.
- David EC. Saúde mental e racismo: a atuação de um Centro de Atenção Psicossocial II Infantojuvenil [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2yNiCOR>. Acesso em: 22 abr. 2021.
- David EC, Vicentin MCG. Relações raciais, uma questão

antimanicomial. Revista da ABPN. 2020;12(Esp.)108-137. doi: 10.31418/2177-2770.2020.v12.c3.p108-137

Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. Revista de APS. 2010;13(1):4-9. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350>. Acesso em: 28 mar. 2017.

López LC. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface. 2012;16(40):121-34. doi: 10.1590/S1414-32832012005000004

Queiroz DT, Vall J, Souza AMA, Vieira NFC. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. Rev Enferm UERJ. 2007;15(2):276-83. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2017.

Quijano A. Colonialidade do poder e classificação social. In: Santos BS, Meneses MP, organizadores. Epistemologias do sul. São Paulo: Cortez; 2010.

Santos AO. Saúde Mental da população negra: Uma perspectiva não institucional. Revista da ABPN. 2018;10(2):241-59. Disponível em: <http://www.abpnrevista.org.br/revista/index.php/article/>. Acesso em: 14 jul. 2018.

Santos RMR. De café e de leite... In: Carone I, Bento MAS, organizadores. Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes; 2002.

Scholz DCS, Silveira MICM, Silveira PR. As práticas racistas no espaço escolar: a influência na saúde mental das crianças

negras. *Identidade!* 2014;19(2):61-74 Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/article/view-File/2339/2309>. Acesso em: 7 jan. 2016.

Silva NG, Barros S, Azevedo FC, Batista LE, Policarpo VC. O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. *Saúde e Soc.* 2017;26(1):100-14. doi: 10.1590/s0104-12902017164968

Souza EL Bullying não é sinônimo de racismo. In: Silva Júnior H, Teixeira D, organizadores. *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 NS. *Tornar-se negro, ou, as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. Rio de Janeiro: Graal; 1983.



Processo: 2018-07251-2